CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ABCÈS PELVIEN APPENDICULAIRE

(LOCALISATIONS DIVERSES)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	**MM**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DÉJERINE BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUÉNU
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU SEGOND BERGER RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BEZANÇON	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BROCA ANDRÉ	GOSSET	LŒPER	RENON
BBUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des trav. anat.
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	SICARD
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
	LABBÉ	MULON	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1908 N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ABCÈS PELVIEN APPENDICULAIRE

(LOCALISATIONS DIVERSES)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 mars 1908 à 1 heure

PAR

MARCEL SÉNÉCHAL

Né à Paris le 23 Juillet 1881

Président . . . . M. QUENU, *professeur*,

Juges . . . . . MM. Albert ROBIN, *professeur*.
BAR, *professeur*.
CARNOT, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs DIEULAFOY, PINARD, M. le Professeur agrégé TROISIER, Membres de l'Académie de Médecine.

MM. les Docteurs APERT, BAZY, LACOMBE, LAUGIER, E. REYMOND, ROBINEAU, SAPELIER.

MM. les Docteurs LYOT et SEVESTRE, Membres de l'Académie de Médecine *(in memoriam)*.

A mon ami M. le Docteur Henri GÉRAUD,
ancien interne des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Au cours des quatre années d'internat que nous avons passées à Nanterre dans le service de M. le docteur E. Reymond, nous avons eu l'occasion d'observer trois cas d'appendicites suppurées avec foyer pelvien. Chacun de ces cas s'est présenté avec des différences cliniques telles que notre maître nous a encouragé à faire quelques recherches sur les cas analogues publiés antérieurement.

Notre première observation concerne un jeune homme de 19 ans chez lequel la suppuration appendiculaire s'est localisée rapidement dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Entré dans le service dès le début de sa crise appendiculaire, nous avons pu suivre pas à pas l'évolution de ses lésions.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune femme, qui ne fut envoyée qu'une fois sa crise appendiculaire terminée, ce qui rendit particulièrement difficile le diagnostic étiologique de la collection pelvienne, et uniquement pelvienne.

Enfin, par suite de relations amicales, nous avons pu suivre l'évolution d'une appendicite avec abcès pelvien et péritonite généralisée, dès avant son admission dans le service de M. Reymond, mais malheureusement nous n'avons pu assister au début de sa crise.

Ces trois formes nous paraissaient dès l'abord mériter chacune une classification spéciale. Les observations que nous avons pu recueillir dans les travaux antérieurement parus, soit sur l'appendicite pelvienne, soit sur l'appendicite en général, jointes aux observations inédites qu'ont bien voulu nous com-

muniquer MM. les docteurs Reymond, Launay, Michon, notre collègue et ami le docteur Bourganel, nous ont montré l'abcès pelvien appendiculaire sous des aspects infiniment plus variés que nous ne l'avions supposé tout d'abord. Nous en sommes ainsi venu à diviser notre étude en sept chapitres correspondant aux sept grandes classes dans lesquelles nous avons rangé les observations que nous possédons.

Nous les avons fait précéder de l'historique de la question et de quelques notions générales sur l'anatomie de ces formes appendiculaires. Nous résumerons enfin sous forme de conclusions les réflexions qui nous ont été suggérées au cours de notre étude.

Il nous est particulièrement agréable de remercier les docteurs Launay, Michon, Bourganel qui ont bien voulu nous aider à édifier ce travail et nous communiquer les fruits de leur expérience. Que dire de la bienveillance et des précieux conseils que notre maître M. le docteur E. Reymond a bien voulu toujours nous prodiguer? Nous ne pouvons ici que l'assurer de notre très vive gratitude, bien faible témoignage de notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Il est actuellement une tendance, au fur et à mesure que l'appendicite apprend à être mieux connue, à différencier et à classer les formes extraordinairement variées des diverses réactions générales et locales de l'organisme à l'inflammation de l'appendice. C'est ainsi que les chirurgiens en sont arrivés à faire une classe spéciale des réactions du péritoine du petit bassin ; et petit à petit l'abcès pelvien, dégagé des autres manifestations du syndrome appendiculaire, est parvenu à mériter une description spéciale.

Les auteurs se sont plu à se spécialiser, qui dans l'étude de l'appendicite pelvienne chez le nourrisson ou chez l'enfant, qui dans la description de cette localisation des lésions chez l'adulte. Leur étude simultanée et comparée nous a paru mériter de retenir l'attention. Les avis sont si partagés. au sujet du traitement qui leur convient, qu'une étude d'ensemble nous a paru présenter quelqu'intérêt.

Ce n'est que depuis fort peu d'années que l'appendicite pelvienne a fait l'objet d'études particulières.

En octobre 1906, MM. Kirmisson et Guimbellot, à l'occasion d'un enfant de 11 mois, traité par eux, et dont nous rapporterons ultérieurement la curieuse observation, ont recherché les travaux antérieurement publiés sur l'appendicite du nourrisson. Le nombre des chirurgiens qui ont étudié ou publié des observations d'abcès pelviens appendiculaires à cet âge nous y apparaît très limité. Cette affection paraît avoir été longtemps méconnue, car il est inadmissible d'admettre de nouvelles

manifestations pathologiques. La fréquence des oppositions aux autopsies des tout jeunes enfants doit-elle être incriminée ? ou bien plutôt est-ce l'ignorance de l'inflammation du processus vermiforme dans les premiers mois de la vie qui a retardé les recherches dans cette voie ?

Toujours est-il que ce n'est qu'en 1899 que Kottmann publie une des premières observations.

En 1901 Griffith se borne à peu près à énumer les cas d'appendicites publiés. Blumer et Shaw publient une observation dans les *Archives of Pediatrics*.

En 1903, Gyr, de Lausanne, soutient sa thèse sur l'appendicite chez l'enfant au-dessous de 3 ans.

En 1905, Bamberg, de Leipzig, étudie dans sa thèse inaugurale l'appendite du nourrisson. Albrecht, à la Société império-royale des médeciens de Vienne, apporte une observation typique le 24 novembre.

Huit ans seulement se sont donc écoulés depuis que l'attention des cliniciens a été attiré sur les suppurations appendiculaires chez le nourrisson.

Beaucoup plus nombreuses sont les études entreprises sur l'appendicite pelvienne dans la deuxième enfance, et chez l'adulte. Peu d'auteurs se sont spécialisés dans les recherches sur l'appendicite pelvienne infantile.

Nous n'avons eu connaissance que de la thèse de Perreaux, soutenue à Bordeaux en 1905 et de la très complète et très consciencieuse monographie de Louis Rocher, de Bordeaux, publiée dans les numéros 9 et 10 des *Archives générales de Médecine* en 1906.

La thèse de M^lle^ Gordon, parue en 1896, par les 80 observations qu'elle contient, est une source inépuisable de documents pour l'étude de l'appendicite chez l'enfant. Nous y avons puisé 13 observations d'appendicites avec abcès pelviens de formes diverses.

Dans les autres travaux, nous trouvons un mélange d'observations chez l'enfant et chez l'adulte. Nous chercherons à les classer et à les différencier, sans cependant les reproduire toutes.

Pendant longtemps, l'abcès pelvien ne fut que découverte d'autopsie, partageant en cela le sort des autres abcès péritonéaux à distance. C'est souvent en effet parmi les travaux consacrés à ce groupe d'abcès appendiculaires, que nous avons rencontré des observations d'appendicite avec foyer pelvien. En 1890 Richelot, en France, attire l'attention sur les abcès pelviens ; à la même époque, Gerster et quelques chirurgiens américains proposent déjà l'ouverture rectale de cette collection, « ouverture choisie souvent par la nature » et « un des meilleurs modes de guérison spontanée ».

Depuis cette époque ont paru successivement les travaux de Bérard et Patel, Delanglade, Pauchet (d'Amiens), Tixier et Gauthier, Vautrin, Lapointe, les thèses de Chevalier, Magniez, les cliniqnes de Broca et de Kirmisson.

Il nous paraît impossible de signaler toutes les études parues sur la question ; nous devrons encore citer cependant Breynaert (de Dunkerque), Chaput, Duchamp, Lagoutte, Monod, Quénu, Régnier ; et à l'étranger, Harris, Archibald, Rotter, Koch, Port, Langemack, etc.

A la Société de chirurgie, nombreuses furent les séances où la question fut agitée. Si Segond, au cours d'une discussion sur le traitement de l'appendicite en général, apporte dès 1892 une observation d'appendicite pelvienne, c'est surtout pendant ces dernières années que la question reparaît assez fréquemment (1). Le traitement à apporter à la collection divise les chirurgiens en deux camps distincts. Les uns sont fermement attachés à la voie haute, qu'ils défendaient encore tout récemment (Lucien Picqué, Sieur) ; les autres donnent leur préférence à la voie basse, soit que leur inclination les fasse pencher en faveur de la voie prérectale (Delanglade, Mauclaire), de la voie rectale (Routier, Reynier, Chaput, Toubert, Antonin Poncet, Walther, Guinard). Certains emploient des méthodes mixtes : abdomino-périnéale (Mauclaire, Picqué), abdomino-rectale (Pauchet). D'autres enfin

1. Séances des 30 mai 1900, 10 et 17 janvier 1906, 17 avril, 1er, 15 et 22 mai 1907.

sont éclectiques et suivent leur inspiration en présence du cas actuel pour se décider à suivre la voie haute ou la voie basse (Broca, Le Dentu).

La voie parasacrée, autrefois préconisée et minutieusement décrite par Jaboulay, semble aujourd'hui définitivement abandonnée. Lui-même y a renoncé en 1896 pour se rallier à la ponction du rectum.

A ce sujet, il est intéressant de constater qu'après avoir eu les préférences, les méthodes les plus théoriques, mais aussi les plus compliquées, doivent céder le pas aux méthodes les plus simples. La ponction du rectum rallie les suffrages de la grande majorité des chirurgiens malgré les objections qui lui sont opposées et que M. Picqué a si énergiquement soutenues à la Société de chirurgie.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur comparative des méthodes rectale et prérectale. Si cette dernière, minutieusement décrite pour la première fois par Mauclaire en 1897 à la Société anatomique, est théoriquement, sans contredit, la seule méthode chirurgicalement propre, il n'en est pas moins vrai que pratiquement la simple incision du rectum n'expose nullement à l'infection ascendante ; et il nous paraît difficile d'assimiler un foyer purulent, contenant par son origine même la flore bactérienne du cœcum, à l'uretère d'un lapin, abouché expérimentalement au rectum (1).

1. Picqué, Soc. chirurgie, séance du 22 mai 1907, p. 531.

ANATOMIE

Anatomie normale. — Le plus souvent, d'après les classiques, l'appendice cœcal occupe, chez l'adulte, la moitié interne de la fosse iliaque droite, au voisinage du détroit supérieur. Il est fixé en cette position par son méso, formé par les portions terminales des deux feuillets du méso-cœcum. Chez la femme, le méso-appendice est souvent relié aux organes pelviens par un petit repli falciforme qui croisant les vaisseaux iliaques, fusionne avec le bord supérieur du ligament large droit : c'est le ligament appendiculo-ovarien de Clado, qui le considère comme constant, et qui l'aurait même rencontré parfois chez l'homme à l'état de vestige appendiculo-vésical. C'est le même ligament qui a été décrit par les auteurs sous les noms divers de lombo-ovarien, infundibulo-pelvien, ilio-ovarien, ligament supérieur de l'ovaire. Embryologiquement, pour Durand, il représente le reste du méso qui enveloppait l'ovaire au moment de sa descente. Cette disposition anatomique nous paraît utile à retenir dès maintenant, comme trait d'union entre l'appendice et le petit bassin.

Chez le nouveau-né, l'appendice se continue bout à bout avec le cœcum pour se loger plus tard derrière lui. Son point d'implantation semble ainsi remonter vers l'angle ilio-cœcal. Cette disposition est d'autant plus marquée que l'âge du sujet devient plus avancé.

L'appendice est souvent flexueux. Il mesure 7 cm. 1/2 de longueur d'après M^lle^ Gordon, sur 85 sujets au-dessous de 14 ans. Pour Taft, il serait de 4 cm. 1/2 à la naissance.

Chez l'adulte, Testut, faisant des réserves sur les grandes

variations individuelles, lui reconnaît une longueur de 8 à 10 centimètres. L'appendice de l'embryon et du nouveau-né serait cependant relativement plus long que celui de l'adulte. La longueur, par rapport à celle du tube tugestif serait pour Meckel, à la naissance dans la proportion de 1 à 10, chez l'adulte de 1 à 20. Avec l'âge ses dimensions diminueraient progressivement pour arriver à une véritable atrophie dans la vieillesse. Cette proposition, classique, ne nous paraît pas correspondre à la réalité. Nous avons mesuré 50 appendices de vieillards au-dessus de 60 ans et la moyenne de nos mesures est arrivée au chiffre de 8 cm. 6. Nous nous proposons de rechercher quelles modifications histologiques les appendices des vieillards sont susceptibles de présenter.

Au point de vue de sa direction, l'appendice est, suivant les cas, descendant, ascendant, externe et interne.

Interne, il se porte vers les anses grêles, dans l'abdomen, parallèle à l'iléon, ou enroulé en spirale autour de lui.

Externe, il se couche sur le fascia iliaca, marchant à la rencontre de l'épine iliaque antéro-supérieure qu'il peut approcher de très près (jusqu'à 12 millimètres).

Ascendant, il s'applique à la face postérieure du cœcum et du côlon, susceptible de remonter alors jusqu'au niveau du rein, d'aucuns disent jusqu'au voisinage de la face postéro-inférieure du foie.

Descendant, il croise le psoas et s'engage dans le petit bassin où il entre en rapports avec la vessie, le côlon pelvien, le rectum, l'utérus, la trompe, le ligament large et l'ovaire. Parfois il ne parvient qu'au bord du bassin, dans lequel il ne pénètre pas. Il est dit alors *mi-pelvien*.

Laffargue, sur 200 examens, est arrivé aux conclusions suivantes : type interne, 26 0/0 ; type externe, 17 0/0 ; type ascendant, 13 0/0 ; type descendant, 41,5 0/0.

La plupart des auteurs possèdent la même opinion. Jonnesco, Clado, Testut, Jacob, Biggs, Fergusson et Hartley estiment que l'appendice n'occupe pas plus souvent le type ascendant que le type descendant.

Gerster décrit un type ilio-inguinal, un type antérieur, un type postérieur, un type pelvien, un type interne.

Quoi qu'il en soit de ces dispositions différentes, Pauchet, d'Amiens, a soutenu que le siège de l'appendice n'est pas fatalement lié à celui de l'abcès. Nombre de nos observations confirment cette façon de voir.

Cette manière d'envisager la pathogénie de l'abcès pelvien diminue considéralement la valeur des patientes statistiques sur la fréquence de la situation pelvienne de l'appendice. Les conclusions de celles-ci varient d'ailleurs dans des proportions telles qu'il est bien difficile de conclure. Tandis que Chevalier note sur 19 sujets une proportion de 73,6 0/0 d'appendices pelviens, Jacob n'en trouve plus que 3 sur 80 sujets, soit une porportion de 3,7 0/0. Fergusson conclut à 5,5 0/0, Bernex à 13,8 0/0, Tuffier et Jeanne à 30,7 0/0, Barnsby à 32 0/0, Bérard à 33,7 0/0.

La moyenne de ces différents pourcentages donnerait 27,5 0/0 sur un total de 700 cas environ. Il est impossible d'affirmer que cette moyenne doit représenter un chiffre définitif. Louis Rocher, de Bordeaux, s'appuyant sur l'autorité de Bérard et Chevalier insiste sur ce fait que la position de l'appendice doit varier chez le même sujet suivant la statique de celui-ci, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de ses organes pelviens, suivant la statique des organes abdominaux : si bien qu'un appendice latéro ou rétro-cœcal dans la position couchée de l'individu, peut fort bien devenir descendant, voire même pelvien dans la station debout.

Si l'appendice, déjà en position descendante s'inflamme, son poids augmente et tend à le faire descendre vers le petit bassin. Si l'infection se localise à son extrémité terminale rien ne lui est alors plus aisé que de déverser dans le pelvis ses produits septiques. Certains auteurs pensent même que l'appendice en position iliaque se perforant ou se gangrenant, agira de même du seul fait de la pesanteur.

Il arrive parfois, que l'appendice et les lésions qu'il engendre se trouvent à gauche. Comment expliquer ce fait ? Vautrin, chez l'enfant, a observé à plusieurs reprises l'anse iléo-cœcale, très mobile sur son mésentère, oscillant librement de droite à

gauche, se mettant en rapport, soit avec la partie gauche de la paroi abdominale, soit avec la fosse iliaque droite. *A fortiori* serait ainsi expliquée la formation des foyers hypogastriques, si la présence de l'appendice était nécessaire sur le lieu même de la collection du pus. Rocher a constaté personnellement ces grands déplacements de l'anse iléo-cœcale ; nous-même avons noté assez fréquemment la présence de l'appendice dans les sacs de hernies inguinales, au cours de cures radicales pratiquées dans le service de M. le docteur Reymond.

Ces déplacements peuvent être considérés comme favorisés considérablement par la laxité, individuellement variable avec les sujets, des moyens de fixation du cœcum : cette laxité pouvant être congénitale ou acquise, due à la stase des matières fécales, à la dilatation et à l'augmentation de volume de l'organe, au relâchement des ligaments (grossesse), à la migration excessive du cœcum, dépassant son point d'arrêt normal (ectopie congénitale).

Il est enfin nécessaire de rappeler l'existence possible du ligament infundibulo-colique, homologue du ligament appendiculo-ovarien, à droite, qui réunit le côlon à la trompe ou au ligament large gauches. Sa présence pourrait jouer quelque rôle dans la propagation de l'abcès primitivement pelvien vers la fosse iliaque gauche.

Au point de vue anatomique, on pourrait donc envisager trois groupes de cas : 1° le cœcum et l'appendice sont pelviens ; 2° l'appendice seul est pelvien, ou mi-pelvien, le cœcum restant iliaque ; 3° le cœcum et l'appendice ne sont ni l'un ni l'autre pelvien. Nous avons dit que la clinique ne correspondait pas toujours à cette division anatomique.

La longueur exagérée de l'appendice pelvien fait comprendre aisément la plus grande difficulté de la circulation de son contenu, la tendance aux torsions de l'organe sur lui-même, les irritations anormales dues à ses relations avec les réservoirs vésical, utérin, rectal. Une première poussée appendiculaire légère, par les adhérences qu'elle fera développer, facilitera d'autant l'action des traumastismes dus aux organes voisins, exacerbera

la tendance innée à la crise plus grave, avec formation de foyers purulents.

Anatomie pathologique. — 1° *Lésions de l'appendice.* — Il est universellement admis que la richesse de l'appendice en tissu lymphoïde rend cet organe particulièrement sensible à l'infection.

Depuis le simple catarrhe de la muqueuse, mis en évidence par Stimmson, Sonnenburg, Helferich, jusqu'à la gangrène, nombreux sont les états intermédiaires. Tous peuvent être rencontrés au cours d'interventions pour abcès pelviens. Nous ne possédons malheureusement pas la description de tous les appendices, causes initiales des collections purulentes. Cependant, dans diverses observations, on note une simple turgescence, une simple congestion du processus vermiforme. Ailleurs c'est l'ulcération ou encore la perforation, on relève aussi la présence de calculs stercoraux ou minéraux. Ce peut être la torsion, l'enroulement autour du méso, l'étranglement. C'est enfin la gangrène, incomplète ou totale, avec les débris de l'appendice inclus dans l'abcès, voyageant entre les anses intestinales, ensemençant toute la grande cavité péritonéale, se résolvant en débris puriformes dans lesquels il est impossible d'en reconnaître aucun vestige. Le cancer de l'appendice peut lui aussi être le fauteur d'une collection purulente. M. Mignon vient tout récemment (6 mars 1907) d'apporter à la Société de chirurgie l'observation d'un malade de 60 ans, ayant d'abord présenté un abcès iliaque appendiculaire, ouvert et drainé, chez lequel le cancer de l'appendice a continué à évoluer. Ce cancer a d'ailleurs emporté le malade quelque temps après. Une laparotomie exploratrice montra l'impossibilité d'extirper la tumeur.

Nous ne ferons pas l'exposé des recherches histologiques pratiquées sur les appendices enlevés chirurgicalement au post mortem. Ce n'est pas ici le lieu de discuter les diverses théories sur la genèse de l'appendicite.

2° *Lésions du péritoine.* — Le liquide de la collection appendiculaire varie entre la simple réaction séro-fibrineuse, plus ou moins louche, plus ou moins hématique et la purulence franche.

Celle-ci, d'ailleurs, est de beaucoup la plus fréquente. Le pus est tantôt liquide, séreux, grisâtre, tantôt épais, grumeleux, jaunâtre. Il peut être boueux, contenir des matières fécales et des gaz qui s'échappent en sifflant dès l'ouverture de la collection. Son odeur est toujours forte, infecte, nauséabonde, fécaloïde, empestant la salle. Les quantités en sont variables : tantôt minime, tantôt 1 litre (obs. de M. Michon), 2 litres même ; le plus souvent autour d'un 1/2 litre. C'est le plus fréquemment, et non pas toujours, comme le dit Rocher, de la situation anatomique de l'appendice que dépendra la topographie de l'abcès. Pauchet, d'Amiens, soutient cette façon de voir. Plusieurs observations nous autorisent à partager son opinion. Rocher soutient que « si l'appendice est iliaque (que celui-ci soit ascendant, descendant ou rétrocœcal) au foyer iliaque *primitif* pourra *secondairement*, à une période plus ou moins rapprochée du début de la crise, succéder un foyer pelvien ; si l'appendice est latéral interne, ou disposé transversalement au-dessus du bassin, on pourra avoir *primitivement* un foyer hypogastrique, ou iliaque gauche qui évoluera *secondairement* du côté du pelvis ».

Pourquoi cette distinction ? N'est-il pas infiniment plus simple de penser que le simple fait de la pesanteur suffit à déterminer *en même temps* l'infection des deux points ? Est-il indispensable que l'appendice soit pelvien pour que l'abcès soit uniquement pelvien ? Faudrait-il alors accepter l'opinion de Piard, à savoir que l'infection péritonéale se propage exclusivement par les voies lymphatiques? Nous ne le pensons pas.

Paul Perreaux, dans son étude sur l'*Appendicite infantile* (Thèse, Bordeaux, 1905), décrit quatre localisations différentes de l'abcès pelvien appendiculaire. Il reconnaît :

1° L'abcès *uniquement pelvien*, occupant le Douglas, limité de la même façon que ce cul-de-sac, très accessible au toucher rectal. Il subdivise cette forme, avec Broca, en abcès pelviens inférieurs, répondant au fond du Douglas, et en abcès pelviens supérieurs, placés immédiatement au-dessous du détroit supérieur, décelables ni par le toucher rectal, ni par la palpation ilia-

que, qui ne peuvent être explorés qu'au cours de l'intervention. Ce serait là un état passager, l'abcès devant émigrer en 2 ou 3 jours soit vers la fosse iliaque, soit vers le Douglas. Remarquons immédiatement que cette forme supérieure nous surprend. M. Reymond nous a appris à reconnaître avec l'extrémité de l'index, par le rectum, dès au début de la collection au voisinage du détroit supérieur, l'apparition d'œdème. Il y a à ce moment une sensation nettement perceptible d'empâtement, d'induration, parfois même de ramollissement partiel, parfaitement appréciable. Nous nous proposons d'ailleurs de revenir sur ce point au sujet du diagnostic *précoce* de l'abcès pelvien.

2° L'abcès *ilio-pelvien*, une collection occupant le petit bassin et l'autre la fosse iliaque droite, l'une d'elle ayant créé l'autre, ou chacune évoluant pour son propre compte et finissant par communiquer. Cette fusion produirait l'abcès en sablier, l'étranglement répondant au détroit supérieur. Dans ce groupe, il fait rentrer l'abcès iliaque gauche. Nous n'envisageons pas ce groupement d'une façon aussi simple. Nous exposerons nos idées au sujet de ces *différents* groupes.

3° Les abcès *iliaque* et *pelvien indépendants* l'un de l'autre séparés par un dôme d'adhérences que le doigt traverse souvent avec peine. La différence d'aspect du pus dans l'un et l'autre foyer suffirait, pour lui, à démontrer leur indépendance.

4° De vastes collections occupant les deux fosses illiaques et le Douglas, comparées à de vastes champignons, la tige étant le foyer pelvien et le chapeau les masses purulentes iliaques.

M. Louis Rocher, de Bordeaux, que nous avons déjà cité à plusieurs reprises, dans sa magistrale étude sur l'appendicite infantile à forme pelvienne et ilio-pelvienne, reconnaît huit aspects différents à la collection pelvienne :

1° L'abcès *ilio-pelvien droit* « constitué par tout foyer purulent à cheval sur le détroit supérieur, empiétant sur la fosse iliaque et descendant plus ou moins profondément dans le bassin », forme anatomo-pathologique qu'il a rencontrée le plus fréquemment. Il ne partage cependant pas l'opinion de Routier déclarant, le 16 octobre 1895, à la Société de chirurgie : « Je n'ai

pour ainsi dire pas opéré un cas d'appendicite suppurée sans trouver du pus dans le petit bassin ». Avec Bazy, il croit cette fréquence exagérée.

Cependant, il admet avec Broca que dans l'abcès exclusivement iliaque, il est de règle que la péritonite plastique gagne un peu au delà du détroit supérieur *sans qu'il en résulte aucune particularité clinique ou opératoire* (Broca).

Il rattache au même groupe l'abcès en sablier qu'il ne différencie pas de l'abcès ilio-pelvien. Son opinion est la même que celle de Perreaux au sujet des abcès contigus, séparés par une faible épaisseur de fausses membranes ou d'intestins « prêts à fusionner ». Il admet que la collection se développe parallèlement et dans la fosse iliaque et dans le petit bassin sans décrire aucune liaison dans leur évolution simultanée.

2° L'abcès *en deux foyers complètement séparés* par une masse assez grande d'anses intestinales : l'un *iliaque droit*, l'autre pelvien. Ces deux foyers pouvant évoluer simultanément ou successivement. (Ouverture successive des deux foyers à plusieurs jours d'intervalle : Lagoutte, 10 jours; Jalaguier, 9 jours).

3° L'abcès *pelvien unique* à début supérieur ou inférieur. Nous avons déjà trouvé cette distinction renouvelée de Broca dans la thèse de Perreaux.

Dans le type supérieur, Rocher reconnaît la possibilité de faire le diagnostic de la présence de l'abcès pelvien « à bout de doigt » au-devant du promotoire ou vers l'une ou l'autre des articulations sacro-iliaques.

4° L'abcès *pelvi-hypogastrique* remontant plus ou moins vers l'ombilic, en arrière de la vessie, et laissant indemnes les fosses iliaques. Cet abcès serait consécutif à un abcès pelvien à type supérieur.

5° L'abcès *ilio-pelvien gauche* pour lequel on peut faire les mêmes remarques que pour l'abcès pelvi-iliaque droit.

6° L'abcès *pelvi-bi-iliaque* résultant de l'évolution d'un abcès primitivement pelvien ayant évolué vers le grand bassin et qu'il compare à un champignon ou à un trèfle à trois feuilles.

Ce type est difficile à différencier de l'abcès à point de départ

iliaque droit, plongeant dans le petit bassin pour inonder ensuite la fosse iliaque gauche ; ou partant de la fosse iliaque droite directement vers la gauche pour terminer enfin dans le petit bassin.

7° Ces abcès peuvent être *isolés les uns des autres* et former des foyers distincts qu'une seule incision serait capable d'évacuer.

8° Les *abcès multiples* (Nélaton) disséminés dans la masse intestinale dont l'un d'entre eux est pelvien.

Sans vouloir compliquer la question et subdiviser à l'infini les localisations si diverses des abcès que l'on peut rencontrer au cours de l'appendicite, nous devrons cependant accorder une mention spéciale à la périsigmoïdite d'origine appendiculaire.

Peut-on reconnaître une origine appendiculaire à la périsigmoïdite ? Les auteurs sont divisés sur ce point. Certains d'entre eux, et parmi eux Lejars et mon excellent ami Saillant, à la suite de son maître Michaux, nient les relations de cette lésion avec l'appendicite.

Obratzoff semble être un des premiers auteurs qui aient rattaché un certain nombre de périsigmoïdites à l'inflammation de l'appendice. A sa suite, Harris, Arand et Chauveau ont étudié les cas de ce genre.

Plus récemment Catz, puis Le Dentu reviennent sur le même sujet. M. Le Dentu alors élargit la question et se demande si les abcès pelviens sont toujours appendiculaires. Ce doute lui vient à propos d'une observation qu'il rapporte à la Société de chirurgie et dans laquelle une jeune fille de 18 ans présente au bout de quatre jours de maladie une crise abdominale offrant tous les signes classiques de l'appendicite aiguë. Au trentième jour, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, il intervient et trouve au fond d'une collection séro-purulente l'appendice coudé, tuméfié, rouge, friable. Suites simples. Trois mois après, la malade est prise de douleurs aiguës dans la fosse iliaque gauche avec induration à la palpation et expulsion par l'anus de muco-membranes abondantes. Formation d'un abcès en même temps que la cicatrice de la fosse iliaque droite deve-

nait rouge et turgescente. Incisée, elle ne laissa échapper qu'une très petite quantité de pus. La vraie collection, plus éloignée, ne communiquait que fort mal avec ce tout petit foyer. Du côté du rectum, on sentait des indurations étalées et haut placées, ne bombant pas dans le rectum et ne semblant se ramollir en aucun point. Dans la nuit du quinzième au seizième jour, expulsion d'une grande quantité de pus en plusieurs garde-robes. Apyrexie définitive.

Encore trois mois après, apparition d'une paralysie mal délimitée de plusieurs muscles de l'avant-bras droit. Elle fut interprétée par un spécialiste très compétent dans le sens d'une névrite de certaines branches du plexus brachial d'origine infectieuse.

Tout en reconnaissant que l'explication la plus simple serait d'interpréter la formation de l'abcès gauche comme une infection partie réellement de l'appendice, ayant couvé longtemps, il se demande s'il ne s'est pas trouvé en présence d'une périsigmoïdite consécutive à une forte poussée de colite muco-membraneuse, d'abord indépendante de l'ancien foyer appendiculaire. Il conclut en déclarant cette observation un « exemple de périsigmoïdite apparue consécutivement à une appendicite et en corrélation directe ou indirecte avec elle ».

Il nous paraît intéressant de rapprocher de ce cas l'observation de Irving S. Haynes, dans laquelle est décrite une péritonite pelvienne suppurée correspondant à une absence congénitale d'appendice présumée.

Un jeune garçon de 14 ans, après avoir pratiqué à l'excès le sport du traîneau sur une colline à pente raide, avec un butoir en bas qui lançait le traîneau et ses occupants trois ou quatre mètres en l'air avant de le faire retomber (les occupants du traîneau reposant à plat ventre dessus) est pris de crampes abdominales violentes, fièvre, mauvais état général, flexion des deux cuisses, signes de péritonite. Pas de vomissements. A l'incision, on ne trouve pas d'appendice. A la place de cet organe, il y a une petite masse graisseuse, analogue à une frange épiploïque large d'environ 2 cm. 1/2, sans aucune structure intes-

tinale mais pourvue d'un petit mésentère spécial, avec une petite artère. La convergence des bandes du cœcum, la proximité de la valvule ilio-cœcale, la présence du repli avasculaire de Trèves, ne laissaient aucune place pour le doute. Auprès de ce vestige de l'appendice, il y avait une zone de paroi cœcale rouge, d'à peu près un pouce de diamètre. On le mit hors d'état de nuire en l'enfouissant. En cherchant plus vers la ligne médiane, on trouva tous les intestins agglutinés et en les séparant, on arriva sur une cavité d'où il s'évacua une centaine de grammes de pus épais et très fétide. Drainage. Guérison. Cette pelvi-péritonite était absolument indépendadce de la fosse iliaque droite. Haynes l'attribue au passage des microbes de l'intestin à travers les parois intestinales froissées par l'abus du traîneau.

Cette absence de l'appendice, en présence d'une collection suppurée avec zone ulcérée sur le cœcum fait invinciblement penser à l'amputation spontanée de l'appendice. Pourquoi l'auteur rejette-t-il cette interprétation si simple pour faire intervenir un froissement intestinal bien improbable, étant donnée la mobilité habituelle de cet organe ? N'est-il pas infiniment plus simple d'envisager ce dernier cas comme un exemple d'abcès pelvien à foyer unique ? N'est-il pas très tentant, comme le reconnaît M. le Dentu de considérer son observation de sigmoïdite comme un abcès appendiculaire à foyer aberrant ?

Et nous sommes tout disposé à nous ranger à l'opinion de Saillant et à voir en ces pseudo-périsigmoïdites des manifestations de l'infection appendiculaire, devant être étudiées avec les abcès d'origine vermiforme, laissant en dehors la grande classe des périsigmoïdites et sigmoïdites à origine nettement locale.

Dans l'étude des 88 observations que nous rapportons il nous a semblé préférable de condenser d'avantage les groupes d'abcès appendiculaires décrits par Louis Rocher. En effet, il ne nous semble pas avantageux de subdiviser en deux groupes distincts les abcès ilio-pelviens droits à foyer unique ou à foyer double.

Qui peut nous affirmer qu'à leur formation initiale, recon-

naissant la même cause, ils ne voient pas leur début à la même date? Si leur évolution peut être différente, si leur contenu lui-même peut ne pas présenter exactement les mêmes caractères, est-il logique de supposer un cloisonnement abdominal préexistant à l'inflammation appendiculaire ? Sans vouloir donner à notre interprétation une valeur plus grande qu'il ne convient, il nous a paru que la formation de ces abcès distincts pouvait être envisagée de la façon suivante :

Après une poussée appendiculaire, se développe au point le plus déclive une collection purulente. Dès l'apparition d'un exsudat inflammatoire, avant même que le pus ne soit concrété, le péritoine réagit, selon son habitude, par la formation d'adhérences, par l'agglutination des anses intestinales. Il n'en est pas moins vrai que la portion péritonéale la plus élevée a été contaminée, car il ne saurait être admissible que seule la portion déclive, le cul-de-sac de Douglas, ait été ensemencée.

Dès lors, les deux abcès indépendants sont formés, évoluant chacun pour leur propre compte, susceptibles de prendre chacun un aspect différent.

L'abcès *en sablier*, que Rocher ne différencie pas de l'abcès ilio-pelvien, est l'intermédiaire entre ces deux types d'abcès ilio-pelvien à foyer unique et à foyer double. Nous avons personnellement observé un cas d'abcès en sablier où seule l'intervention précoce par ponction du rectum paraît avoir enrayé la péritonite plastique en voie d'évolution. La laparotomie ultérieure, qui a permis de saisir cette disposition sur le fait, en a donné une impression très nette à ceux d'entre nous qui assistèrent à l'opération.

Nous ne décrirons pas, non plus, d'abcès *pelvi-hypogastrique*. Cet abcès, remontant derrière le pubis, ne nous paraît être qu'un abcès à type *uniquement* pelvien remontant assez haut derrière la vessie.

Nous ajouterons par contre l'abcès pelvien avec péritonite généralisée, et l'abcès étoilé à centre appendiculaire dont nous ne possédons malheureusement que deux observations, suffisamment typiques, malgré leur petit nombre, pour les différencier.

Nous allons donc entreprendre l'étude de :

1° Les abcès ilio-pelviens droits, à foyer unique ou multiples, occupant tout ou partie de la fosse iliaque droite et envahissant plus ou moins complètement le pelvis.

2° Les abcès ilio-pelviens gauches, à foyer unique ou multiples disposés de la même façon que les précédents, mais occupant la portion gauche du grand et du petit bassin.

3° L'abcès pelvien, proprement dit, englobant l'abcès pelvien à type supérieur et à type inférieur avec l'abcès dit pelvi-hypogastrique.

4° Les abcès bi-ilio-pelviens, en forme de champignon, ou de trèfles à trois feuilles.

5° Les abcès pelviens étoilés, à trois ou plusieurs branches, dont le centre est appendiculaire, dont l'une des branches plonge dans le petit bassin, les deux autres brauches remontant, l'une dans la fosse iliaque droite vers le rein et le foie, l'autre dans l'abdomen vers l'ombilic.

6° Les abcès multiples, disséminés plus ou moins loin de l'appendice entre les anses intestinales, avec foyer pelvien.

7° L'abcès pelvien, enkysté ou non, avec péritonite généralisée.

L'ABCÈS ILIO-PELVIEN DROIT

Au cours de l'étude particulière de chacune des formes des abcès pelviens appendiculaires, nous trouverons de nombreux points identiques en ce qui concerne leur symptomatologie ou leur traitement. Ceux-ci étant exposés et discutés au cours du présent chapitre, nous nous bornerons ultérieurement à en rappeler très brièvement les principaux points.

Anatomie pathologique. — L'abcès ilio-pelvien droit peut être constitué par une collection séro-hématique, séro-purulente ou franchement purulente. Ce qui lui donne son entité, c'est la localisation anatomo-pathologique de la réaction péritonéale dont il procède.

La morphologie des collections ilio-pelviennes droites présente cette particularité que celles-ci sont susceptibles de se subdiviser en deux poches purulentes donnant de prime abord l'impression de deux abcès isolés l'un de l'autre : leur différence d'aspect même peut faire penser que l'un est secondaire à l'autre. Il nous a paru qu'il n'en était rien en réalité. Il existe en effet des abcès dits : *en sablier*, présentant un étranglement entre les deux poches iliaque et pelvienne, que nous considérons comme une forme intermédiaire entre les deux types : abcès avec large communication, abcès à deux poches enkystées distinctes.

Primitivement donc, alors qu'aucune adhérence de défense ne s'est établie dans la grande cavité péritonéale, l'inflammation se propage du simple fait de la pesanteur de la fosse iliaque, siège habituel de l'appendice, jusqu'au petit bassin, point déclive.

Les anses grêles, de par leur disposition anatomique elle-même ont une tendance à venir s'accoler au détroit supérieur.

Participant à la réaction inflammatoire générale, elles tendent à s'accoler au péritoine pariétal ; et cette tendance est grandement favorisée par le traitement même de l'appendicite aiguë : à savoir, l'immobilisation de l'intestin.

Lorsque quelques adhérences se sont formées, celles-ci s'étendent de proche en proche à tout le rebord du détroit supérieur. Le premier point de fixation sert de point d'appui à l'anse grêle immobilisée, si bien qu'il faudra une tension assez considérable du pus pour s'opposer à l'accolement total de l'anse au bassin.

Dans le cas où celui-ci se produit, et il se produira d'une façon d'autant plus précoce que le traitement médical aura été institué plus tôt, les ensemencements de la fosse iliaque et du petit bassin n'en auront pas moins été contemporains. Mais l'isolement de chaque foyer permettra cependant une évolution différente pour chaque collection, fait qui explique leur différence d'aspect au cours des interventions ou à l'autopsie.

Les quantités de pus renfermées dans les collections sont toujours fort variables : membranes puriformes (obs. 16), petites poches bien limitées (obs. 25), forte cuillerée (obs. 18), flot de pus (obs. 17), tête de fœtus à terme bombant dans le rectum (obs. 9). La présence de gaz mélangés au liquide est fréquemment notée.

Les auteurs insistent avec complaisance sur la fétidité du pus. Très peu d'examens bactériologiques ont été mentionnés dans les observations. Nous relevons cependant la présence du colibacille et du streptocope dans l'observation 1. Ceux-ci représentent vraisemblablement la flore bactérielle habituelle de ces collections et leur présence suffit à expliquer la fétidité ordinaire du pus.

Les rapports anatomiques de l'abcès, insuffisamment décrits dans la plupart de nos observations, sont cependant faciles à imaginer. Nous rappellerons la description faite au cours de l'observation 1 et qui peut servir de type : 1° foyer péri-cœcal,

effacé par les adhérences pariéto-cœcales consécutives à l'évacuation du pus de l'abcès par le rectum ; 2° étranglement ovalaire, limité à droite par le rebord du psoas, à gauche par une anse grêle, en avant par une adhérence de cette anse au pubis, en arrière par la colonne vertébrale ; 3° une poche prérectale, limitée à droite par le psoas et la cavité pelvienne, à gauche par les anses grêles et l'S iliaque, en arrière et de haut en bas par le sacrum, puis le rectum, en avant, par la vessie.

Cette description d'un abcès dit en sablier montre nettement l'accolement partiel d'une anse grêle au détroit supérieur et met en évidence la tendance à la séparation des foyers iliaque et pelvien. La ponction du rectum, intervenue dès l'apparition de la fluctuation de la poche a arrêté la progression des adhérences et a permis l'évacuation totale du pus.

Les lésions de l'appendice présentent toutes les graduations depuis la simple augmentation de volume jusqu'à la perforation, en passant par la cavité close, renfermant elle-même du pus.

Etiologie. — L'abcès ilio-pelvien droit est, parmi les abcès pelviens appendiculaires de beaucoup le plus fréquent. Nous possédons les observations de 1 cas relaté chez le nourrisson, 22 cas chez l'enfant, 12 cas chez l'adulte, soit un total de 35 cas sur 88 observations, plus du tiers. Ce fait correspond d'ailleurs à l'anatomie normale, le siège de l'appendice étant habituellement dans la fosse iliaque et nous avons noté que dans le cas d'abcès uniquement pelvien l'appendice est ordinairement accolé au détroit supérieur et plonge dans le pelvis.

Au point de vue des sexes, il y a égalité apparente entre le nombre des cas respectifs, 1 fillette en bas âge, 11 fillettes, 11 garçons, 6 femmes, 6 hommes. L'avantage serait même pour le sexe féminin qui compte 18 cas au lieu de 17.

C'est une constatation clinique, dont nous ne chercherons à tirer aucune déduction.

Nous insisterons aussi sur ce fait que les appendicites à foyer pelvien se produisent rarement au cours d'une première crise appendiculaire. Dans l'histoire du malade, on note presque toujours plusieurs crises antérieures, et si nous n'osons affirmer

comme une loi générale que l'abcès appendiculaire n'apparaît qu'au cours de l'appendicite à rechutes, c'est que certaines de nos observations sont muettes sur ce point. Et cependant, toutes relèvent des troubles digestifs antérieurs. Les crises appendiculaires légères ne passent-elles pas souvent inaperçues, soit parce que le malade s'est traité lui-même, soit parce que son médecin l'a traité pour un simple embarras gastro-intestinal ?

Symptomatologie. — Les symptômes de l'appendicite à foyer purulent ilio-pelvien doivent être dégagés de la symptomatologie habituelle à l'appendicite. On peut même dire qu'ils se surajoutent à celle-ci.

Les signes généraux sont peu modifiés. L'élévation de la température est constante, du moins au moment de la poussée aiguë initiale de l'inflammation appendiculaire. La température se tient alors le plus souvent au voisinage de 38° à 39° rarement 40°. A la suite de cette première période qui dure peu de jours survient le type infectieux à grandes oscillations de 37° à 40° qui attire immédiatement l'attention et montre l'évolution vers la suppuration. Sous l'influence du traitement médical l'orage passe quelquefois et l'on peut même voir la température revenir à la normale (obs. 48) tandis que l'intervention montre la présence de pus enkysté. Le plus souvent, après un ou deux jours d'accalmie (accalmie traîtresse de Dieulafoy), la température remonte brusquement et commande une intervention hâtive.

L'état du pouls donne alors des indications précieuses. Généralement dans la forme actuelle, il suit au début assez exactement la température et leurs courbes réciproques peuvent se superposer. Mais au moment de la réélévation de la température la dissociation oblige le chirurgien à ne pas rester inactif.

L'aspect général du malade suit des variations analogues. Il est rare que dans le cas de formation d'un abcès ilio-pelvien le faciès devienne rapidement péritonéal et ce fait s'explique suffisamment par la tendance même du pus à se localiser.

Les vomissements, quoiqu'ils se produisent le plus fréquemment sont inconstants. Ils font parfois place à un état nauséeux persistant qui fatigue atrocement le malade.

La constipation et la diarrhée se rencontrent également, surtout au début.

Plus tard, lors de la formation de l'abcès, on note presque constamment une constipation opiniâtre, qui souvent n'est pas suffisamment expliquée par l'obstacle mécanique que constitue la proéminence de la collection dans le rectum. L'évacuation spontanée ou instrumentale de celle-ci amène toujours une débâcle importante, accompagnée fréquemment d'expulsion de glaires plus ou moins jaunâtres, de muco-membranes, mélangée de pus.

Mais les signes les plus intéressants nous sont fournis par l'examen local.

La douleur, au début est brusque, très vive, d'abord diffuse à tout l'abdomen, quelquefois même, mais rarement prédominante à gauche. Elle ne tarde pas à se localiser dans la fosse iliaque droite. Le point de Mac Burney est souvent moins douloureux qu'un autre point situé un peu plus bas dans le prolongement d'une verticale passant à son niveau. Ce point peut même être très abaissé et se manifester tout près de l'arcade crurale. Latéralement même il peut être déplacé et n'être perçu que plus à droite vers l'épine iliaque antéro-supérieure, ou à gauche, près de la ligne médiane à quelques travers de doigts au-dessus du pubis.

L'empâtement profond et la défense musculaire, plus ou moins diffus manquent rarement. La palpation profonde permet même parfois de délimiter une collection s'enfonçant dans le petit bassin, perceptible un peu au-dessus du pubis.

La percussion superficielle décèle le plus souvent une sonorité due à la présence d'une anse grêle interposée. Profonde, elle donne une matité hydrique ou de la submatité avec résistance au doigt.

L'abdomen est légèrement météorisé, la sonorité est un peu exagérée en dehors de la zone touchée par l'inflammation.

Presque toujours, on note des phénomènes urinaires dont l'intensité varie entre une simple dysurie et l'apparition de signes très nets de cystite. Parfois même, on constate une réten-

tion absolue des urines. Le malade éprouve tout d'abord une simple gêne au moment de la miction, gêne qui peut s'accroître jusqu'à l'effort avec retentissement douloureux dans le bas-ventre. Plus tard apparaissent les signes de cystite avec pollakiurie, tenesme vésical ; nous n'avons pas relevé la présence de pus dans les urines. Les travaux de M. E. Reymond, sur le passage des microorganismes, et particulièrement du bactérium coli, à travers les parois du réservoir urinaire, donnent une explication heureuse à ces phénomènes. Malheureusement, presque toutes nos observations sont muettes sur l'examen bactériologique des urines qui paraît avoir été fait très rarement jusqu'à ce jour. Nous-même, n'avons pas eu le loisir de le pratiquer dans les trop rares cas qu'il nous a été donné d'observer. Dans l'observation 4 de MM. Hartmann et Reymond, l'examen, pratiqué à trois reprises a donné deux fois des résultats positifs, soit dans l'examen direct du culot provenant de la centrifugation de l'urine, soit dans l'examen des colonies apparues à la suite d'ensemencements par l'urine. Fait important : les deux résultats positifs furent fournis avant et très peu après l'évacuation du pus péritonéal. Dix jours après (3e examen) les urines étaient stériles, l'examen direct négatif. On ne peut se retenir d'être frappé de la corrélation étroite de ces résultats bactériologiques avec les signes de cystite apparaissant et se maintenant pendant toute la durée du contact de la vessie avec le pus de l'abcès, disparaissant avec l'évacuation de celui-ci.

Dans le cas de rétention absolue des urines, qui n'est pas très rare, seul le cathétérisme évacuateur peut en avoir raison.

Si nous insistons à dessein sur les phénomènes vésicaux rencontrés avec l'abcès pelvien, c'est qu'ils nous paraissent avoir une valeur diagnostique considérable.

Attirant l'attention sur le petit bassin, ils incitent à pratiquer le toucher rectal, indispensable à la connaissance exacte des phénomènes qui se passent de ce côté. La première condition, dit Pauchet, pour reconnaître une appendicite pelvienne est d'y penser. Nous ne partageons pas son opinion et penserons volontiers que dans tous les cas où l'on vient de faire un diag-

nostic d'appendicite il est indispensable de pratiquer immédiatement le toucher rectal. Et il n'est pas suffisant d'y recourir au moment où l'on établit le diagnostic, *mais d'y revenir fréquemment, presque quotidiennement* pendant tout le cours et le décours de l'affection. C'est ainsi que l'on parviendra au diagnostic *précoce* de la formation d'un abcès dans le petit bassin. Il n'est pas rare en effet dès le 5e ou le 6e jours après le début d'une crise appendiculaire de constater *à bout de doigt* un épaississement diffus de la muqueuse rectale. En un ou deux jours, cet épaississement devient œdémateux en même temps qu'il gagne vers les parties déclives. Chez l'homme la prostate et les vésicules séminales primitivement appréciables s'estompent petit à petit dans la progression de l'œdème. Puis le ramollissement se fait, la fluctuation apparaît parfois perceptible par la palpation bimanuelle au-dessus du pubis. Il y a du pus devant le rectum.

Ainsi donc, aux signes habituels fournis par l'appendicite s'ajoutent les signes locaux : déplacement du point douloureux irradiant vers les lombes, l'ombilic, la cuisse, la verge et la région périnéale ; les troubles vésicaux ; les renseignements fournis par le toucher rectal. Les modifications survenues à la courbe de température, la dissociation du pouls attirent l'attention du clinicien dont la religion ne sera définitivement éclairée que par la pratique *systématique* du toucher rectal. C'est par lui que le praticien appréciera les dimensions et la forme de l'abcès et qu'il assistera, fait exceptionnel, à la résorption de l'exsudat, le plus fréquemment à son ouverture, soit dans la grande cavité péritoniale, soit dans l'un des viscères creux du petit bassin.

Complications. — Cette complication, des plus graves dans le premier cas, est bien moins redoutable dans le second ; si même l'ouverture se produit dans le vagin ou dans le rectum, elle peut être considérée comme providentielle et ne laissera au chirurgien que le regret de ne l'avoir pas provoquée lui-même, évitant au patient un état fébrile et une toxi-infection générale de l'organisme trop prolongés. Nous voyons en effet dans les deux cas de Breynaërt les foyers pelviens s'ouvrant l'un au trei-

zième jour, l'autre au quatorzième, dans le rectum tandis que dans une autre observation de Broca cette heureuse issue ne se produit qu'au vingt-cinquième jour. « Mais il était à prévoir, dit Broca, que l'œuvre de la nature ne serait pas toujours parfaite et que le foyer mal drainé, pourrait être la cause d'accidents plus ou moins graves ». C'est ainsi qu'il fut plusieurs fois obligé d'intervenir secondairement par incision iliaque et voie sous-péritonéale contre des accidents de septicémie chronique très accentués.

Dans le vagin, les ouvertures spontanées sont plus rares, ce qui pourrait s'expliquer par la différence des rapports anatomiques du vagin et du rectum avec la collection. Avec le rectum, les relations sont infiniment plus étendues. De plus, la souplesse et la minceur plus grandes de sa paroi, qui se laisse facilement refouler en arrière, jouent un rôle certain dans ce mode de terminaison.

Plus rare, l'ouverture dans la vessie qui se produit quelquefois est aussi plus grave par les relations qu'elle établit entre la cavité de l'abcès et du réservoir urinaire. Elle peut être isolée, ou coïncider avec d'autres évacuations spontanées du pus vers la peau ou les organes précédents. D'après Wladoff, cette complication n'entraînerait pas de cystite, et les phénomènes de douleur et de fréquence des mictions seraient attribuables à de la péricystite. Nous avons exprimé notre opinion sur cette interprétation.

Lors de la propagation de l'infection à la grande cavité péritonéale, comment expliquer l'apparition de la péritonite généralisée ? Diffusion de l'infection par voie lymphatique, ou ensemencement direct par rupture de quelqu'adhérence protectrice ? Si le plus souvent, au cours de l'intervention, le chirurgien, par l'aspect des lésions, peut assigner la préséance de l'abcès, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'apprécier le mécanisme de l'infection. Nous nous bornerons à poser ici le problème, nous réservant de le discuter au chapitre que nous consacrons à l'abcès pelvien avec péritonite généralisée.

Nous nous bornerons à signaler les complications à distance

dont l'étude nous entraînerait hors du cadre que nous nous sommes tracé. Parmi celles-ci citons : Les néphrites, consécutives à une poussée de cystite, les abcès de la plèvre et du poumon, les cholécystites suppurées, les abcès du foie, les abcès rétro-hépatiques, les salpingo-ovarites, l'occlusion intestinale, précoce ou tardive, par rétraction d'adhérence ou par réflexe appendiculaire et péritonéal.

Diagnostic. — Le diagnostic comporte deux temps consécutifs également importants : 1° La connaissance de la lésion appendiculaire ; 2° Le diagnostic de la formation et de la topographie de l'abcès.

Il est actuellement rare, grâce aux nombreux travaux parus sur la question de voir méconnaître une appendicite dans sa forme clinique habituelle ; mais, et surtout dans la forme appendiculaire qui nous occupe, il est fréquent de voir les symptômes se modifier étrangement. Lorsque le point douloureux appendiculaire s'est déplacé, lorsque la fosse iliaque droite présente peu de réaction de défense et pas du tout d'empâtement, lorsque les signes d'infection dominent, le clinicien, oubliant la mobilité de l'appendice et le polymorphisme de ses réactions péritonéales, voit son diagnostic errer d'une façon surprenante.

Sans pouvoir dire que ces formes appendiculaires ont pu en imposer pour toutes les affections de la nosographie abdominale, il convient cependant de serrer de près le diagnostic, d'une part en tant qu'appendicite, et seront alors à éliminer : la gastro-entérite, la fièvre typhoïde, la péritonite tuberculeuse, l'occlusion et l'invagination intestinales, les phlegmons de la cavité de Retzius ; d'autre part en tant que tumeurs pelvienne où il faudra différencier l'abcès appendiculaire des affections tubo-ovariennes, chez la femme, des psoïtes, des abcès pottiques sacro-coxalgiques ou coxalgiques fluants dans le pelvis, qui tous ont été causes d'erreurs.

Les signes particuliers à chacune de ces affections sont trop connus pour que nous insistions. Il nous a cependant paru bon de rappeler les erreurs commises et nombre de colpotomies vaginales, dirigées contre des collections utéro-annexielles

paraissent, en réalité, avoir donné issue à des abcès pelviens appendiculaires. Nombre d'observations nous sembleraient pouvoir être reprises dans ce sens, mais ce n'est pas ici le lieu.

Le point le plus important, une fois établie la notion de l'appendicite, est d'arriver à la connaissance la plus précoce possible de la formation de l'abcès et pour ce faire, le toucher rectal nous est d'un précieux secours.

Il est de fait que nous ne pourrons inférer, de la notion d'un point douloureux dans le rectum, au voisinage du détroit supérieur, la certitude de la formation d'une collection pelvienne au début. Souvent, en effet, le refroidissement de l'appendicite par le traitement habituel survient régulièrement. En face de ce signe du moins, la notion de crises antérieures stimulera notre attention, et le redoublement de celle-ci pourra nous éviter de fâcheux mécomptes. Pratiqué presque quotidiennement, le toucher rectal, surtout combiné à la palpation hypogastrique, nous fera assister à l'évolution de l'abcès et nous permettra de choisir notre heure pour l'intervention. Mais la certitude de la présence d'une collection pelvienne n'est pas encore suffisante : il nous reste encore à déterminer à quelle forme d'abcès, à quel nombre d'entre eux nous avons affaire. Il nous faut savoir quels rapports il affectent les uns, vis-à-vis des autres. C'est ce que nous verrons à chacun des chapitres concernant chaque forme d'abcès.

Pronostic. — Abandonné à lui-même, l'abcès ilio-pelvien droit mène presque toujours le malade à une issue fatale. A l'article concernant les complications, nous avons vu par quel chemin ; nous n'y reviendrons donc pas.

Mais l'évolution de l'affection pourra être envisagée de tout autre manière sous l'œil averti du chirurgien. Par une intervention bien choisie et exécutée en temps opportun, il est permis d'escompter une issue complètement favorable. Le tableau que nous avons dressé à la fin de ce chapitre nous paraît en être la démonstration la plus évidente.

Traitement. — Ainsi donc, en présence d'un abcès ilio-pelvien droit quelle sera la conduite du chirurgien ?

Deux cas bien tranchés peuvent se présenter :

Ou bien l'abcès est unique. La fosse iliaque et le pelvis communiquent soit largement soit par un étranglement. Le toucher rectal, combiné à la palpation hypogastrique a permis de sentir nettement la fluctuation entre la main abdominale et le doigt rectal. Pas de doute, ponction immédiate verticale au milieu du rectum (les artères hémorroïdales sont latérales et ne risquent pas d'être ouvertes). Evacuation du pus. Drainage par un drain sortant par l'anus. Le malade est reporté dans son lit.

Laparotomie secondaire curatrice quelque temps après la sédation complète de toute réaction générale ou locale de l'infection appendiculaire.

Ou bien l'abcès présente deux foyers séparés. Ici l'hésitation est permise. Va-t-on évacuer les deux foyers simultanément? Va-t-on aller au plus pressé, ponctionner le rectum, escompter l'amélioration certaine qui se produira dans les 48 heures consécutives pour aborder alors la collection iliaque par voie haute? La deuxième méthode nous paraît préférable.

En effet pour les mêmes raisons de longueurs d'anesthésie et de shock opératoire dont nous renvoyons l'étude au chapitre de l'abcès pelvien proprement dit, le malade a, nous semble-t-il, avantage à être débarassé d'une grande quantité de pus, généralement la plus grande, collectée dans le pelvis. A la faveur de l'amélioration consécutive de son état général, voire même plus tard, si l'amélioration se poursuit et si la résorbtion du pus, facilitée par la réaction meilleure du sujet se produit, ce qui n'est pas rare, on pratiquera la laparotonie. Dans le cas où l'on trouve du pus dans la fosse iliaque, on rentre dans le traitement habituel de l'appendicite supurée que l'on drainera soit par voie antérieure, soit par voie lombaire suivant indications.

Dans le cas où le pus se sera résorbé on pratiquera la cure radicale habituelle de l'appendicite.

De toutes façons dans le cas où le chirurgien se résoudrait à évacuer simultanément les deux foyers, le drainage abdomino-rectal de Pauchet nous paraît formellement indiqué. Dans ce cas nous croyons préférable de modifier légèrement la technique de

cet auteur. Nous croyons très avantageux de recourir systématiquement à la laparotomie médiane. Celle-ci découvre infiniment mieux ce qui se passe dans le bassin, permet parfois de corriger le diagnostic de la forme de l'abcès et de ne pas laisser échapper une ou plusieurs autres collections primitivement méconnues et développées, soit dans la fosse iliaque gauche, soit entre les anses grêles.

Chez la femme elle permettra de reconnaître les lésions utéro-annexielles concomittantes à l'appendicite et dont les relations si fréquentes avec l'inflammation de l'appendice apprennent de jour en jour à être mieux connues. Nous nous réservons dès maintenant de revenir sur cette question et d'apporter à ce débat plusieurs observations probantes.

Ces règles opératoires une fois fixées, et ne s'en départissant pas, le chirurgien verra, nous en sommes persuadé, sa statistique s'améliorer dans des proportions considérables ; et du même coup le pronostic de l'abcès appendiculaire deviendra de moins en moins sombre.

L'accord est complet sur ce fait, que, de l'intervention du chirurgien dépend l'issue de l'affection.

Nous tâcherons de préciser les idées par l'énumération des quelques chiffres suivants :

21 Laparotomies latérales : 17 guérisons, 4 morts ;

4 Laparotomies médianes : 2 guérisons, 2 morts ;

3 Laparotomies avec drainage abdomino-rectal : 3 guérisons ;

1 Incision prérectale : 1 guérision ;

1 Incision vaginale : 1 guérison ;

2 Incisions rectales : 2 guérisons ;

1 Ouverture spontanée par le rectum : 1 guérison ;

1 Laparotomie-ouverture vaginale spontanée, hémorragie : 1 mort ;

1 malade traité sans opération : 1 mort.

ADULTES

Observation 1 (personnelle). — Le nommé R... Gabriel, manœuvre, âgé de 19 ans, entre dans le service de chirurgie de la Maison départementale de la Seine le 20 juin 1907.

Antécédents héréditaires et personnels négatifs. Aucune crise appendiculaire antérieure.

Rien à relever à l'examen des divers appareils.

Début de l'affection le 19 juin par de violentes douleurs abdominales, sans localisation. Les douleurs lui interdisent la marche : il se couche et appelle un médecin le 20 au matin, qui diagnostique un appendicite et l'envoie à l'hôpital, où il entre le 20 au soir. Le malade raconte que depuis quelques jours il se sentait fatigué, et son appétit avait disparu.

A son entrée, T. 38°5, le ventre est souple, sans grande défense de la paroi, cependant un peu douloureux à droite. Le maximum de la douleur n'est pas au point de Mac Burney, mais très près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Pas de vomissements. Petite selle. Glace sur le ventre et diète.

Le 21 au matin, T. 37°9, bon état général. Brusquement, le soir, la T. monte à 40°4. Vomissements verdâtres, bilieux. Ventre plus douloureux, facies légèrement grippé. Continuation du traitement médical.

Le 22, T. 39°5 et 39°6, P. 94. Etat général et local sensiblement les mêmes. Toucher rectal : prostate normale. Vésicules séminales difficiles à sentir ; plus haut, on perçoit une masse non fluctuante, difficile à limiter, constituant un empâtement douloureux. Les vomissements cessent.

La température oscille autour de 39° jusqu'au 25 juin, le pouls reste entre 80 et 90, bien frappé, plein, régulier.

Le 25 juin, la situation est la suivante : T. 38°6 et 38°9. P. 84 et 88. Douleurs spontanées au-dessous de la ligne ilio-ombilicale, irradiant de l'ombilic à l'ilion.

La palpation limite une tuméfaction perceptible sous les doigts reconnaissant les limites suivantes : contour général piriforme, dont l'angle supérieur dépasse la ligne ilio-ombilicale de trois travers de doigts environ (niveau de l'ombilic) ; dont l'angle interne joint la ligne blanche au tiers supérieur de la distance ombilico-pubienne ; dont le bord externe parvient à deux travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure ; dont l'angle inférieur arrive à 2 centimètres environ du bord supérieur du corps du pubis, à 2 travers de doigts environ, en dehors de la ligne blanche.

Cette palpation est très douloureuse. Elle correspond, à la percussion, à une zone de matité absolue.

La constipation a fait place à une diarrhée sans caractères spéciaux. Les vomissements, cessés le 22 n'ont plus reparu.

Pas encore de symptômes urinaires. Cependant les signes perçus par le toucher rectal semblent s'accentuer.

Le 26 et le 27 la température remonte à 39°7 et 39°5, le P. reste entre 90 et 100, bien frappé. La langue saburrale, n'est pas sèche, l'état général reste bon.

La défervescence commence le 28, en lysis, lente, diminuant chaque jour de quelques dixièmes de degrés. Elle est à 38° le 1er juillet et reste au voisinage et au dessous de 38° jusqu'au 7 juillet. La situation qui s'était peu modifiée du côté du rectum jusqu'au 3 juillet, évolue maintenant vers la suppuration.

Dès le 4 juillet, l'empâtement perçu par le toucher rectal augmente de volume, descend dans le Douglas et tend à se ramollir sans que l'on perçoive encore aucune fluctuation. La température remonte à 38°. Le pouls reste bon, un peu lent par rapport à la température.

Le 7 juillet, la température monte le soir à 38°5 et le 8 au matin, le toucher rectal décèle un ramollissement manifeste de la tuméfaction rectale, en même temps qu'apparaît une dysurie marquée.

Le 9, le doigt, introduit dans l'ampoule rectale, se repère facilement par la prostate, toute petite, en situation normale. Immédiatement au-dessus, là où se trouvaient les vésicules séminales, on trouve une grosse masse tendue, paraissant contenir du liquide. En essayant de remonter en arrière et en haut de la masse, le doigt ne peut arriver à en trouver les limites.

Notre chef de service, M. le docteur Reymond, décide d'intervenir immédiatement par le rectum.

Sous chloroforme, le malade est mis dans la position de la taille périnéale, le sphincter rectal est dilaté. Ponction longitudinale du rectum au bistouri, au point le plus saillant. Une pince est introduite fermée dans la boutonnière et retirée à moitié ouverte. Dès la ponction, issue d'un pus brunâtre extraordinairement fétide, dont la quantité, à la fin de l'intervention, est évaluée à deux litres au moins. Un gros drain est placé dans la brèche, affleurant à l'anus, sans aucun lavage préalable. Il est calé dans l'orifice anal par deux mèches. Pansement aseptique, le malade est reporté dans son lit.

Le soir même, la température tombe à 37°5. Le lendemain, T. 36°8, ce qui ne s'était pas encore produit depuis l'entrée du malade dans le service. Le pus continue à s'écouler en petite abondance pendant 48 heures. Après ce laps de temps le drain est enlevé, et son ablation corres-

pond à une légère ascension de température à 37°8. Celle-ci retombe le 12 et se maintient constamment dès lors au voisinage de 36°. L'état général se modifie avec une rapidité extrême et l'amélioration est considérable en quatre jours.

Dès le 21 du même mois l'état est tel que l'on peut pratiquer une laparotomie curatrice des lésions appendiculaires.

Incision de Jalagnier. Tentative d'ouverture du péritoine. Adhérences du cœcum et du péritoine correspondant; on ouvre le péritoine plus haut et l'on constate que les adhérences péritonéo-cœcales sont très étendues. Une fois les adhérences antéro-inférieures rompues, il reste une grande plaque à demi sphacélée sur le bout inférieur de la partie antérieure du cœcum, comprenant la réunion des trois bandes du cœcum et permettant de constater qu'il n'existe plus trace d'appendice à ce niveau. A travers les adhérences, on arrive assez facilement à un foyer prérectal restant encore en communication avec la portion de l'ulcération cœcale correspondant à l'arrachement de l'appendice. Cette cavité prérectale a les limites suivantes :

A droite, psoas, cavité pelvienne ;

A gauche, anses grêles, S iliaque ;

En arrière, de haut en bas, sacrum, puis rectum ;

En avant, vessie, etc. ;

En haut, un orifice ovalaire, dirigé d'avant en arrière, constitué à droite par le rebord du psoas ; à gauche, par une anse grêle ; en avant, par une adhérence de cette anse au pubis ; en arrière, par la colonne vertébrale.

L'orifice met en communication la poche prérectale avec la région cœcale correspondant à l'appendice.

La grande ulcération, à demi sphacélée, indiquée sur le cœcum est enfouie par un surjet pris en tissu sain, très loin de l'ulcération même.

Un autre point du cœcum, déchiré au cours de la libération des adhérences, est recousu par un surjet.

On place deux drains : l'un dans la cavité prérectale, l'autre à la base du cœcum.

Cette région cœcale, d'aspect sphacélé, et qui reste encore adhérente à droite et en arrière, avec la paroi, est recouverte d'une bride épiploïque qu'on fixe au péritoine pariétal.

Fermeture classique. Emploi unique de la soie.

Elévation consécutive de la température le soir à 38°5 et 38°8 pendant 5 jours, puis apparition d'une fistule stercorale qui coïncide avec la chute de la température.

La convalescence, à part la fistule qui fonctionne par intermittences,

n'est troublée que par l'apparition d'une parotidite gauche au treizième jour qui évolue sans suppuration en 9 jours.

L'état général s'améliore rapidement, le poids du malade qui était de 36 kgr. le 2 septembre est de 47 kgr. le 6 octobre. Le 11 octobre, le docteur Reymond procède à l'obturation de l'anus artificiel qui s'était constitué spontanément. Le malade quitte le service, guéri définitivement le 4 novembre.

L'examen bactériologique du pus évacué par la ponction rectale, révèle par l'examen direct la présence de colibacille et de streptocoque. Les cultures donnent un résultat identique.

Observation 2. — M. E. Reymond (inédite). — Emile M..., 17 ans, apprenti typographe, entre à l'hôpital de la Pitié le vendredi 12 décembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêts.

Père et mère en bonne santé.

Enfant unique.

Antécédents personnels. — Le jeune homme jouissait d'une très bonne santé générale. Il n'a fait jusqu'au mois de juin dernier aucune maladie, n'a eu aucune fièvre éruptive.

Il ne présentait aucun trouble digestif, aucun signe d'entérite, n'était pas constipé et n'avait jamais souffert de coliques.

Le 8 juin de cette année, étant en Normandie, à la campagne, il se lève à 4 heures du matin pour se rendre à un marché des environs, part à jeun, fait une course assez longue, se sent fatigué et sans appétit, rentre chez lui à 4 heures de l'après-midi sans avoir pris aucune nourriture depuis la veille. Il se couche et garde le lit encore le lendemain. Il a pendant ce temps des vomissements à plusieurs reprises et souffre de l'abdomen.

Début de la crise actuelle. — Jeudi dernier, ce jeune homme qui la veille était en parfaite santé se lève à 7 h. 1/2 et va à son atelier. En y arrivant il éprouve des envies de vomir et un tel malaise qu'il rentre chez lui. Il vomit pour la première fois en traversant le jardin du Luxembourg. Il se met au lit à 9 heures. Pendant les 30 heures qui le séparent de l'intervention le malade présente les signes suivants :

Douleur abdominale. — Celle-ci a été vive dès le début, mais n'était pas localisée ; elle s'étendait à tout l'abdomen, présentait des phases d'exacerbation. Peu à peu la douleur se localisa dans la région appendiculaire.

Arrêt du cours des matières et des gaz. — Le malade était allé régulièrement à la selle en se levant. Depuis le début de la crise, malgré des envies fréquentes, il ne rendit plus ni matières, ni gaz.

Vomissements. — Ceux-ci se produisirent dès le début, se renouvelè-

rent quatre fois durant la matinée du jeudi, une fois dans l'après-midi et laissèrent le malade se reposer une partie de la nuit pour reprendre dès le lendemain matin.

Ces vomissements paraissent avoir été bilieux.

Etat du malade à son entrée. — Le malade entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Tenier, le vendredi après-midi : nous l'examinons à 3 h. et l'opérons à 3 h. 1/2.

L'*état général* ne paraît pas franchement mauvais, mais le visage est anxieux, la langue sèche, le teint subictérique, la cornée nettement teintée. Il existe une certaine dyspnée sans qu'on trouve rien à l'auscultation. La température n'est que de 38° ; le pouls, de 120 pulsations, est bien frappé.

L'*inspection* de l'abdomen permet de constater que celui-ci est ballonné.

La *percussion* révèle une sonorité très exagérée s'étendant partout, même dans la région cœcale.

Le *palper* est rendu impossible par l'état de contracture des muscles abdominaux aussi bien du côté gauche que du côté droit. Toutefois, la *pression* au point de Mac Burney réveille une douleur intense.

Opération (M. Reymond, aidé par M. Sauvé ; chlorof., M. Potet).

Incision de Max Schuller immédiatement en dehors du bord externe du grand droit.

L'épiploon descend au-dessus du foyer appendiculaire, y adhère faiblement, présente à ce niveau une teinte noirâtre.

Les anses d'intestin grêle, qui font hernie à travers l'incision, sont distendues comme au cours d'une obstruction ; elles sont inégalement enflammées ; entre ces anses, quantité peu considérable de liquide louche.

Le cœcum adhère en bas à une anse grêle ; entre les deux apparaît l'extrémité de l'appendice qui émerge sur une longueur d'un centimètre. Il sert de guide pour décoller progressivement les adhérences et ouvrir un foyer contenant du pus d'odeur infecte mélangé à des gaz et à des matières fécales.

Le foyer purulent se trouve ainsi limité : en avant, par la boucle d'intestin grêle adhérente an cœcum ; en dehors et en arrière, par les parois de l'abdomen ; en dedans, par des anses grêles adhérentes entre elles ; en haut, par le cœcum ; en bas, par des anses grêles adhérant incomplètement au rectum, en sorte que le cul-de-sac de Douglas contient un mélange de sérosité et de pus.

L'appendice, pelotonné au centre du foyer, au-dessous du cœcum, ne peut être déroulé qu'après section du méso-appendice autour duquel il est tordu.

L'appendice présente à sa partie moyenne une large perforation par laquelle son contenu communique avec le foyer péri-appendiculaire. De ce niveau jusqu'à son extrémitié inférieure, il présente des caractères extérieurs de sphacèle et une telle friabilité qu'on ne peut le saisir avec une pince.

Depuis la perforation jusqu'à l'insertion sur le cœcum, la partie supérieure de l'appendice a le volume d'un pouce ; elle est distendue par une collection de boue fécaloïde.

Ligature à la base de l'appendice ; ligature du méso ; surjet sur les lèvres du moignon traité au thermo ; 2° surjet d'enfouissement. — Deux gros drains, l'un allant au niveau du foyer, l'autre dans le petit bassin. Fermeture de l'abdomen par deux plans de sutures à la soie.

Suites opératoires. — La *température* est de :

39,5 le lendemain matin ;

39 id. soir ;

37,5 le dimanche ;

37 le lundi.

Le *pouls* descend à 110,90 et 85.

Dès le lendemain matin l'aspect général est meilleur, la teinte subictérique diminuée, la langue humide.

Le malade n'a pas vomi une seule fois depuis l'opération. Il a rendu des gaz dès le lendemain.

L'aspiration faite par les drains retire une petite quantité de liquide du drain allant dans le cul-de-sac de Douglas, presque rien de celui qui correspond au foyer.

Le drainage est rapidement supprimé, le malade sort guéri.

Observation 3. — M. le docteur Michon (inédite). - P. Annette, âgée de 42 ans, femme de ménage.

Réglée à 13 ans, toujours bien réglée. Une fausse couche autrefois. Depuis 1901 a eu plusieurs crises douloureuses (au moins trois) accompagnées de fièvre. Ces crises sont semblables à celle actuelle, mais sans vomissements.

25 décembre 1906. — Brusquement, après son dîner, la malade est prise d'une douleur très vive dans le flanc droit. Trois vomissements dans la nuit.

Le 27 déeembre, entrée à l'hôpital Laribοisière. Léger ballonnement du ventre ; douleur très vive dans la fosse iliaque droite. La palpation est difficile, mais permet de constater nettement un plastron dans la fosse iliaque. Le toucher vaginal permet de voir que ce plastron se continue dans la partie droite du bassin, mais le cul-de-sac de Douglas n'est pas distendu. Constipation opiniâtre. Rétention d'urine pendant 4 jours. Les vomissements ne se sont pas reproduits. Diète lactée. Glace.

Au bout de 5 ou 6 jours, l'amélioration semble se manifester par une diminution de la douleur et une baisse de la température, mais cette amélioration est passagère; la douleur devient plus vive, et il est surtout facile de constater que l'abcès appendiculaire augmente de volume et s'étend vers le bassin. Le cul-de-sac postérieur du vagin devient plus saillant et bientôt nettement fluctuant.

Le 14 janvier 1907 colpotamie très facile. Issue d'une grande quantité de pus fétide. A sa suite, chute de la température et disparition de la douleur. Guérison sans incident. Injection vaginale tous les jours. Suppression du drain au bout de 3 semaines. A noter seulement une attaque de grippe du 8 au 12 février Sortie le 17 février.

Revue le 2 mars en très bon état. Par le toucher et par le palper abdominal, on ne perçoit plus la moindre tuméfaction.

Observation 4. — M. le Docteur Michon (inédite). — Mme R..., âgée de 27 ans, entre le 31 décembre 1906 à l'hôpital Lariboisière. Toujours bien portante jusque-là, elle a été prise brusquement et sans cause appréciable de douleurs très vives et de vomissements Constipation. T. 39°2.

A la palpation, on sent dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction résistante, douloureuse à la pression, se prolongeant en haut au-dessus de la ligne ilio-ombilicale et descendant en bas dans le bassin.

Par le toucher vaginal, on sent le col normal, et l'utérus non augmenté de volume. Le cul-de-sac postérieur est fortement saillant par suite d'une collection qui bombe dans le vagin. Le toucher rectal permet encore plus facilement d'apprécier cette collection volumineuse.

Le soir du jour de l'entrée, 31 décembre, l'état est toujours le même, la T. 39°. M. Ehrenpreis, interne du service, pratique une colpotomie d'urgence. Issue d'environ un litre de pus horriblement fétide. Drain dans la cavité purulente. Pas de lavage.

Dès le soir même, chute de la température à 37° et amélioration de l'état général. Tous les jours, injections vaginales et tamponnements légers. Après une semaine environ, lavages dans la collection purulente.

La guérison est survenue sans incident. A noter vers le quinzième jour quelques grandes oscillations de température qui semblent devoir être rapportées à la grippe.

Sortie le 27 janvier 1907 sur la demande de la malade. Le ventre est entièrement souple, mais on sent encore par le toucher vaginal une induration dans le Douglas et il s'écoule toujours un peu de pus par l'incision.

Mars 1907. La malade n'a pas été revue, mais elle nous donne de ses nouvelles et se dit guérie.

Observation 5. — M. le docteur Launay (inédite). — Je suis appelé d'urgence, le 21 février 1905, dans l'Yonne, auprès d'une demoiselle L..., âgée de 19 ans, par le docteur B... Cette jeune fille est au sixième jour d'une crise appendiculaire. Celle-ci est la seconde. La première était survenue six mois auparavant, affectant une forme sévère.

Etat actuel ; T. 39°, P. 120. Le toucher rectal montre la présence d'une grosse collection pelvienne, le palper abdominal, joint à la percussion, met en évidence une zone submate, peu nette au-dessus du pubis. La malade se plaint de troubles vésicaux (douleurs spontanés et à la miction). Diagnostic : Appendicite à forme pelvienne. Opérée le jour même chez elle: Incision le long du bord externe du muscle droit, à droite de l'abdomen, juste au-dessus du pubis: sur la zone de matité.

A l'ouverture du péritoine, on trouve un vaste abcès qui occupe tout le petit bassin, pus fétide, cavité limitée par des adhérences faibles. Large drainage. L'appendice n'a pas été trouvé. Guérison.

Observation 6. — M. le docteur Launay (inédite). — Mlle de L..., âgée de 23 ans, a souffert en mars 1905 d'une crise très grave d'appendicite qui ne s'est terminée qu'au bout d'un mois. A ce moment, je me suis tenu prêt à intervenir à chaud, d'urgence Le refroidissement de la poussée aiguë a été lent et difficile.

Avec les signes habituels d'appendicite grave, on trouve un plastron iliaque bas. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal. Je prolonge l'attente pendant deux mois.

La laparotomie est pratiquée le 25 mai. A l'ouverture du ventre, je constate dans le péritoine la présence d'un peu de liquide ascitique, jaune clair. L'appendice pelvien, adhère à la paroi, au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. Son volume est sensiblement augmenté. Son axe est tordu, on constate la présence d'un petit calcul fécal dans l'extrémité de l'appendice. Pas de pus. Les multiples adhérences qu'il m'a fallu rompre, donnent lieu à une hémorragie en nappe, et m'obligent à laisser un petit drain, contre mon habitude. Le procédé employé pour l'ouverture de la paroi a été celui de Jalagnier.

Suites opératoires. — Le drain est enlevé au bout de 48 heures. Guérison simple.

Observation 7. — M. le docteur Michon (inédite). — B..., garçon de café, âgé de 27 ans, entre le 15 septembre 1904, à l'hôpital Beaujon.

Ce malade a été pris huit jours auparavant, brusquement, d'une douleur très vive dans le ventre, vomissements, fièvre. Pas de douleur testiculaire. Pas de douleurs du moignon de l'épaule.

A son entrée, ventre légèrement ballonné. Douleur très vive dans la

fosse iliaque droite où il existe de la défense musculaire. A ce niveau, tuméfaction qui en dedans se prolonge de façon à atteindre la ligne médiane au dessus du pubis. Par le toucher rectal, on sent que le cul-de-sac de Douglas est rempli par une collection se continuant avec la masse sentie dans la fosse iliaque. T. 39°. P. 108. Diète absolue, glace sur le ventre. Aucune amélioration. La température se maintient au-dessus de 38°5.

18 septembre, opération sous chloroforme. Incision du périnée, à concavité postérieure, comme pour la découverte de la prostate. On passe facilement en arrière de celle-ci. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Cette recherche a été facile. Issue d'une très grande quantité de pus extrêmement fétide. Drain volumineux.

Chute immédiate de la température. Guérison sans incident en quatre semaines environ. Le malade n'a plus été revu.

Observation 8. — M. le docteur Michon (inédite). — D..., apprenti, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1903. Il a été pris, cinq jours avant, dans le milieu de la journée, d'une douleur très vive dans le ventre ; vomissements alimentaires et bilieux. Il s'agit d'une crise très nette d'appendicite.

On constate l'existence d'une collection abdominale presque médiane, s'étendant cependant un peu plus à droite, assez irrégulière dans ses contours, et donnant l'impression d'une vessie distendue. T. 39°3.

19 mars. — Laparotomie médiane. On arrive, sans avoir ouvert la cavité péritonéale sur une énorme collection de pus phlegmoneux. On voit que cet abcès se prolonge en arrière de la vessie, descend dans le petit bassin. Un drain volumineux est placé, plongeant jusqu'au point le plus déclive de l'abcès.

Tout d'abord, suppuration très abondante, mais amélioration progressive, sauf quelques grandes oscillations thermiques. En cinq semaines, la guérison est obtenue, et le malade quitte l'hôpital.

En août 1904, le malade est repris sans cause d'une nouvelle crise d'appendicite, mais celle-ci moins violente. On laisse refroidir et on opère à froid en octobre 1904. Incision de Jalaguier. Appendice en situation inférieure, la pointe se dirigeant vers le détroit supérieur du bassin ; il existe encore quelques adhérences à l'intestin grêle, mais vers la ligne médiane, et dans le Douglas, on ne trouve plus trace de la volumineuse collection ouverte dix-huit mois plus tôt.

Observation 9. — Guinard, Soc. chir., 22 mai 1907. — Le 12 juin 1906, un garçon d'hôtel de 19 ans, Pierre Ch..., m'arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état si grave qu'on hésita à l'opérer d'urgence. C'était une crise aiguë d'appendicite, la première, un de ces cas limites pour lesquels on

discute encore sur l'opportunité d'une intervention immédiate. Sous la glace, un empâtement se produisit dans la fosse iliaque et dans le pelvis. Bientôt le toucher rectal montra que la tuméfaction bombait fortement dans l'ampoule *comme une tête de fœtus à terme*.

Je fis le 28 juin une incision rectale sur la ligne médiane. Il sortit plus d'un demi-litre de pus avec des gaz fétides. Je ne fis aucun lavage, mais je laissai un gros drain dans le foyer. Le malade sortait guéri sans le moindre incident le 20 juillet.

Observation 10. — Lejars. — Homme de 52 ans, très vigoureux, tombe malade dans la première quinzaine d'octobre. Douleurs dans les deux fosses iliaques, sans localisation précise. Pas de vomissements. T. 39°-39°5. Sous l'influence du traitement, les accidents s'amendent une huitaine de jours. La crise paraît si bien conjurée que le malade se lève et reprend ses occupations. Trois jours après, il s'alite à nouveau. Je le vois, douze jours après les premiers accidents. T. 38°5 à 39°5. P. 105, bien frappé. Aspect bon, langue humide, pas de vomissements. Les douleurs continuent à être très vives dans la fosse iliaque droite, où le palper la réveille, surtout derrière le pubis. Envies d'uriner fréquentes, mais non douloureuses. L'examen révèle un empâtement très limité, en bande étroite, le long du bord externe de la fosse iliaque droite.

Devant cette rechute, intervention immédiate. Incision iliaque qui conduit sur le cœcum adhérent. En décollant le bord externe avec précautions, ouverture du foyer; flot de pus extrêmement fétide. Poche intra-pelvienne, occupant la moitié droite du bassin, qui descend si bas que le doigt réussit avec peine à atteindre le fond. Elle est détergée à l'aide de tampons et de compresses et après excision d'un tractus noirâtre et gangréné qui paraît être un fragment de l'appendice, sans poursuivre d'autres recherches, on draine le foyer.

Pendant 10 jours, écoulement d'une fétidité extrême.

Après lavages à l'eau oxygénée, celui ci finit par disparaître, et le foyer se comble dès lors très rapidement.

Observation 11. — Lapointe (résumée). — Une femme de 20 ans, infirmière dans une maison d'aliénés de province, sans antécédents personnels ou héréditaires intéressants, est prise subitement le 1er juillet 1900, d'une vive douleur abdominale avec prédominance à droite.

Diagnostic : appendicite aiguë. Pendant 5 jours, traitement réfrigérant rigoureux, sans aucune tendance au refroidissement. T. au-dessus de 39°. P. autour de 100. Le 6 juillet, au palper de la fosse iliaque, malgré la douleur et la défense musculaire on perçoit nettement une tuméfaction profonde.

Deux heures après l'examen, apparition brusque de vomissements

répétés, d'irradiations douloureuses dans tout l'abdomen, particulièrement vives au point de Mac Burney et en un point symétrique à gauche. P. filiforme. R. précipitée, facies péritonéal. La diffusion de l'infection paraît certaine.

Le 7 juillet, on m'apprend qu'il s'est produit depuis la veille au soir une accalmie manifeste, les vomissements ont cessés. La malade vient d'aller à la selle. Le ventre est à peine distendu, souple et indolent partout, sauf au niveau de la fosse iliaque droite. A ce niveau, douleur vive, résistance pariétale, qui permet cependant une vague sensation de tuméfaction profonde, mais pas l'ombre de plastron pariétal. Touchers vaginal et rectal négatifs. Incision de Roux immédiate. La surface antérieure du cœcum apparaît libre, mais rouge et distendue. En explorant prudemment la partie interne du fond, je libère une petite surface d'adhérence et aussitôt s'écoule un verre à Bordeaux de pus horriblement fétide. L'index gauche, introduit dans le foyer, sent l'appendice recourbé au flanc interne du cœcum, dans l'angle iléo-cœcal.

Il est facilement amené dans la plaie, ligaturé et sectionné à sa base. Destruction de la muqueuse au thermo et enfouissement du moignon par une suture en bourse. L'appendice, du volume de l'index est dilaté sur un calcul stercoral qui en occupe le fond. Perforation à ce niveau, au centre d'une plaque de sphacèle. L'axe du calcul qui présentait le volume et la forme d'une petite olive était occupé par un poil.

L'amélioration consécutive ne fut que très passagère, descendu dans la journée à 37°7, le thermomètre remontait le soir à 39° et le pouls atteignait encore 118.

Même état les jours suivants. Pourtant, la malade se sent bien et n'accuse aucune douleur. Elle a rendu des gaz et des matières. Malgré des lavages répétés du foyer iliaque, et la diminution rapide de la suppuration, la température et le pouls ne reviennent pas à la normale. La formation d'un autre foyer peut seule expliquer l'infection persistant.

Le 14, en palpant attentivement l'abdomen, on constate dans la région sous-ombilicale et à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction profonde, avec diminution de la sonorité, mais sans plastron superficiel. Touchers vaginal et rectal combinés au toucher sus-pubien, montrent que la tuméfaction plonge dans le petit bassin en arrière et un peu à gauche de l'utérus. On hésite à intervenir par l'abdomen, car une barrière solide d'adhérences arrêtait rapidement le doigt et le péritoine libre courrait de grands risques par cette voie. Il ne paraissait guère possible de l'atteindre par décollement sous-péritonéal après incision liaque gauche. En deux coups de ciseaux, la colpotomie postérieure donne issue à environ un litre de pus d'une fétidité repoussante. Lavage

à l'eau bouillie et drainage avec un tube gros comme le pouce. La défervescence fut loin d'être complète, malgré la diminution aussi rapide de la suppuration pelvienne que de la suppuration iliaque. P. autour de 100. T. du soir au-dessus de 38°.

Le 23 on constate une teinte subictérique des conjonctives et des téguments et bientôt, au dessous des côtes, dans l'hypochondre droit, une tuméfaction perceptible au palper comme à l'inspection avec circulation veineuse complémentaire. Frissons avec sueurs profuses simulant les accès de paludisme.

Le 31 juillet, je constatai au palper, derrière la paroi antéro-latérale, une volumineuse tuméfaction qui déborde les côtes de quatre travers de doigts et déborde à gauche la ligne médiane. Aucun signe pleuro-pulmonaire. Les signes physiques constatés s'accordaient assez avec l'existence d'un foyer intra ou justa-hépatique, contigu à la paroi antéro-latérale de l'abdomen, au-dessus du rebord thoracique.

L'incision oblique le long du rebord costal, montre le foie jaunâtre, d'aspect graisseux. La deuxième ponction du foie à l'aide de l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Potain donna un jet de pus lactescent, mal lié, presqu'aussi fétide que celui du foyer pelvien. Le bistouri plongé le long du trocart ne ramène pas de pus. Le doigt n'a pas la sensation de pénétrer dans une cavité. Tamponnement hémostatique.

Mort dix heures après l'intervention.

Autopsie.— L'abcès siégait sous le foie et l'incision n'avait pas pénétré jusqu'à la poche. Celle-ci contient environ un litre de pus couleur café au lait.

Le foyer iliaque est comblé par des adhérences unissant intimement l'angle iléo-cœcal à la paroi. De la poche pelvienne, il ne reste rien que des adhérences entre le côlon pelvien et le péritoine pariétal au niveau du détroit supérieur.

Observation 12. — Lejars. — Une femme de 35 ans entre à Beaujon le 11 février 1896 En janvier, fausse couche, suivie de pertes abondantes ayant duré trois semaines. Il y a quinze jours, vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Réapparition des hémorragies. Constipation opiniâtre. Pas de vomissements. Toucher : cul-de-sac postérieur, masse de la grosseur d'une orange, perceptible par le palper abdominal, de contours assez nets, paraît fluctuante. Diagnostic : pyo-salpinx droit. L'intervention est remise.

Le 13 février, l'état s'aggrave brusquement, à la suite de vives douleurs avec syncope qui font penser un moment à la rupture de la poche. Pourtant l'orage se calme, les douleurs s'apaisent. A l'examen, aucune modification dans la situation locale.

Laparotomie médiane le 15. Poche jaunâtre, recouverte par l'épi-

ploon adhérent, occupe la partie médiane de l'entrée du bassin. Aux premiers essais de décortication, elle se crève et donne issue à une grande quantité de pus. On constate alors que la cavité se prolonge jusqu'au fond du Douglas. Sur ses parois on reconnaît les annexes des deux côtés recouvertes de fausses membranes, mais sainés. A droite, traînée purulente, même dans la fosse iliaque, où l'appendice, énorme, sphacélé, est perforé. On le résèque ; on déterge aussi soigneusement que possible la cavité que l'on draine.

La malade meurt dans la journée.

ENFANTS

Observation 13. — M. le docteur Michon (inédite). — N... Jean, âgé de 14 ans, sans antécédents importants, a été pris, 5 jours avant le moment où je l'ai vu, d'une crise très nette d'appendicite, douleurs abdominales, vomissements, fièvre Il a été mis à la diète absolue, avec glace sur le ventre : aucune amélioration.

Par la palpation de la fosse iliaque droite, il est facile de reconnaître une volumineuse collection, faisant saillie au-dessus de l'arcade crurale, fièvre, constipation, besoins fréquents d'uriner.

4 avril 1905. — Incision iliaque de Roux. Issue d'une assez grande quantité de pus phlegmoneux et fétide. Exploration prudente du foyer qui se prolonge en bas et en dedans. Pas de recherche de l'appendice. Drain et mèche.

Amélioration très manifeste. Chute de la température, mais, à partir du 12 avril, la fièvre reparaît, surtout le soir. L'état général est médiocre, amaigrissement considérable. Pas de ballonnement du ventre, ni de réaction péritonéale. Il est évident que l'abcès se vide mal. Il est facile, une fois le drain retiré, de faire sortir par le toucher rectal comprimant le Douglas, une assez grande quantité de pus.

18 avril.— On se dispose à faire une incision périnéale, mais on constate qu'une pince courbe, introduite par la plaie iliaque, vient jusqu'au fond du Douglas et que le petit doigt mis dans le rectum n'en est séparé que par les parois de l'intestin. La pince est retirée et réintroduite avec un gros drain de caoutchouc beaucoup plus long et qui descend jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas.

A la suite, les ascensions de température cessent le soir et la guérison survient progressivement, après une convalescence de 4 à 5 semaines, le petit malade étant à ce moment fort débilité.

Observation 14.— Mlle Gordon.— Clara M..., 8 ans 1/2, entrée le 2 octobre 1895, décédée le 8 octobre. Scarlatine. Fluxion de poitrine

à 3 ans. Abcès de l'aine à 4 ans. Malade depuis 8 jours. Débuts par des vomissements subits pendant 3 heures. Douleurs abdominales et rénales; frissons, fièvre. Vomissements se répètent accompagnés de diarrhée.

A l'entrée, gâteau dur très douloureux avec matité dans la fosse iliaque droite. Au toucher rectal, *une masse assez dure à droite*. T. 39°; P. petit, assez régulier. Le 4, température remonte, douleurs plus faibles, pas de diarrhée. Albuminurie. Le 6, laparotomie latérale. Incision au bord externe du muscle droit Après incision du péritoine, qui est sain, on arrive sur l'épiploon dont la pointe est fixée en bas. En tirant sur elle, on fait sourdre quelques gouttes de pus provenant d'une déchirure de l'angle iléo-cœcal du mésentère. Cet angle étant relevé, on voit sous lui une tumeur enflammée, contenant des fongosités, et très peu de pus. On y sent, descendant un peu dans le petit bassin, un cordon que l'on amène en dehors, constitué par l'appendice, long de 3 centimètres. En dehors et en arrière de lui, juste près de son insertion, le cœcum présente une perforation. Suture au point de Lembert de la déchirure mésentérique supérieure. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Sutures. Le 7 octobre, au matin, vomissements et agitation de plus en plus grande, facies péritonéal, soif vive, pouls filiforme. Le soir, agitation extrême, extrémités refroidies, pas de pouls, vomissements incoercibles. Mort dans la nuit du 8 octobre.

A l'autopsie, symphise pleurale double. Péritonite généralisée.

Observation 15. — Broca, *in* thèse Perreaux. — Germaine G., 7 ans. Incision iliaque. Appendicectomie. Guérison.

Observation 16. — Pollosson, *in* thèse Dormoy. — Z..., âgée de 9 ans. Diagnostic : obstruction intestinale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Coudure et rétrécissement de l'iléo-cœcum. Pas de pus. Membranes puriformes. Appendicectomie. Guérison.

Observation 17.— Professeur Segond, Soc. chirurgie, 15 février 1899 (résumée). — Fille de 10 ans, subitement prise de troubles d'embarras gastrique qui disparaissent bientôt totalement.

Deux jours après, violente douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de fièvre, pas de symptômes généraux. Le docteur Valmont diagnostique une colique appendiculaire. Traitement médical.

Le lendemain matin, violent frisson. T. 39°5. Ventre ballonné. Deux vomissements. Pas de selle. Pas de gaz.

Malade vue trois heures après. Un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Langue un peu blanche. P 110. Le professeur Segond conseille l'intervention immédiate à une heure de l'après-midi. A 5 heures, consultation des docteurs Hutinel et Dieulafoy. T. 37°. P. 110. Visage tiré.

Ils conseillent l'opération immédiate. Laparotomie à 7 heures. Flot de pus. Quantité considérable dans la cavité pelvienne. Derrière le cœcum, très haut, appendice énorme, perforé, sphacélé, plein de pus. Il considère l'enfant comme guéri, quoique l'observation s'arrête au 5e jour après l'intervention.

Observation 18. — Pollosson. Th. Dormoy. — Mlle D..., âgée de 11 ans. Crise aiguë. Perforation de l'appendice. Incision de Roux. Dans le petit bassin, une forte cuillerée de pus dans lequel baigne un moule fécal de l'appendice. Drainage abdominal. Guérison.

Observation 19. — Broca. Th. Esnault. — Augusta M..., 11 ans. Grippe en 1889. Appendicite, prise pour une fièvre muqueuse au début. Incision sous-ombilicale médiane; brides épiploïques qui étranglent l'intestin. Appendicectomie. Mort.

Observation 20. — Broca. Th. Chevallier. — Mathilde S..., onze ans. Incision de Roux. — Appendicectomie. Drainage abdominal. Guérison.

Observation 21. — Dormoy. — Etiennette D..., 11 ans 1/2. Appendicite prise pour une psoïte droite suppurée. Incision de Roux. Notable quantité de pus. Appendicectomie. Guérison.

Observation 22. — Broca. Th. Chevalier. — Marguerite P..., 11 ans 1/2. Incision de Roux. Ouverture vaginale spontanée. Hémorragie vaginale et mort.

Autopsie : grosse collection pelvienne.

Observation 23. — Broca. — *Journ. des Praticiens,* janvier 1905. — Jeune fille de 13 ans habituellement constipée. Hérédité et santé personnelles satisfaisantes. Prise subitement de vives coliques avec douleurs dans la fosse iliaque droite avec état fébrile. Une purgation ne donne aucun résultat et malgré l'emploi du laudanum, les douleurs persistent. Au huitième jour, vomissements alimentaires. Au dixième, entre aux Enfants-Malades.

Palpation de l'abdomen : plastron douloureux et mat, situé très bas dans la fosse iliaque, accolé à l'arcade de Fallope et ne remontant pas jusqu'au point de Mac Burney. T. 39°. P. 120 plein et régulier. Ventre pas ballonné. Seule, la fosse iliaque est douloureuse à la pression. La glace sur le ventre calme les coliques. Le lendemain, le toucher rectal donne une grosse bosselure douloureuse, allant jusqu'à la ligne médiane postérieure, soulevant la paroi droite du rectum.

Deux jours après, l'abcès s'ouvre spontanément dans le rectum, amenant une amélioration des coliques, de la douleur iliaque, un retrait du plastron et de la tuméfaction péritonéale.

Cependant T. 39°. P. 110 à 120. Le professeur Broca décide l'abstention en présence de l'ouverture spontanée produite.

Observation 24. — Delore. Th. Dormoy. — B..., âgé de 9 ans 1/2, reçoit un coup de pied dans le ventre. Crises de coliques appendiculaires. Incision iliaque classique. Sifflement dû à l'échappement de gaz fétides. Forte verrée de pus putride. Grosse collection ilio-pelvienne. Drainage abdominal. Guérison.

Observation 25. — Mlle Gordon. — Gaston L. H..., 10 ans 1/2. Entré salle Denonvilliers le 31 août 1896, sorti le 22 octobre. Pas d'antécédents pathologiques. Début le 27 août. Enfant mouillé par une averse. Le soir, frisson, fièvre, difficulté pour uriner. Nuit assez bonne. Le lendemain, au réveil, douleurs dans le ventre, dur, ballonné. Constipation. Fièvre légère. Tous ces symptômes, accompagnés de vomissements, s'aggravent les jours suivants. A l'entrée, facies altéré. T. 38°2. P. 112, assez fort. Ventre dur, tendu, douloureux, surtout à droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Matité dans toute la fosse iliaque droite, se prolongeant en dedans dans l'excavation pelvienne, où elle devient plus accusée. Incision iliaque. Ouverture de deux petites poches purulentes bien limitées. Mèche iodoformée Suites bonnes. Le 15 octobre, cicatrisation de la plaie. Le 22, exéat avec éventration.

Observation 26. — Broca. Th. Gordon (Résumée). — Garçon de 11 ans, opéré le 24 mai 1896. Enfant malade depuis une dizaine de jours. Diagnostic non fait jusqu'à la veille.

Le docteur Guinon, en présence de fièvre, douleur vers l'hypogastre, conclut à l'appendicite. Les accidents s'amendent d'abord.

Le 23, aggravation, apparition d'un empâtement net.

Le professeur Broca constate la présence d'une tumeur qui occupait la fosse iliaque droite, mais fortement en dedans. T. 39°5. P. 120 assez petit mais régulier.

Douleur au toucher rectal. Le 24 mai, incision iliaque oblique. Anses intestinales non adhérentes. En dedans, vers le détroit supérieur, je sentis une masse dure et en cheminant vers elle, j'effondrai une adhérence et vis sortir environ un verre à Bordeaux de pus fétide.

Aux environs du foyer, les anses n'étaient pas adhérentes, mais rouges et glutineuses. J'introduisis un drain dans le foyer qui plongeait dans le petit bassin, je mis autour une mèche de gaze iodoformée, et autour de cette mèche j'agençai en collerette l'épiploon, lui aussi un peu rouge. Dès le lendemain, la défervescence avait eu lieu, l'état général était devenu bon et la guérison eut lieu sans aucune complication. Elle était achevée le 21 juillet.

Observation 27. — Mlle Gordon (Résumée). — Albert D..., 11 ans, entré le 17 avril 1894, décédé le même jour.

Antécédents héréditaires. — 6 frères morts de méningite, le père de bacillose.

Enfant constipé. Début le 13 avril. Pris brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite. Rentre chez lui. Mange de la soupe. Vomissements alimentaires. Fièvre. Constipation.

Purgation au calomel. Selle.

Le 16, vomissements deviennent verdâtres.

Le 17, entrée à l'hôpital. Diagnostic hésitant entre occlusion intestinale et méningite tuberculeuse. Ballonnement uniforme du ventre, sensibilité partout à la pression, davantage dans la fosse iliaque droite. Tuméfaction profonde, impossible à bien délimiter par suite de la douleur et du ballonnement. S'arrête à deux travers de doigt en dehors de l'ombilic. Submatité à ce nivaeu. Facies grippé. T. 38°. P. péritonéal.

Laparotomie latérale. Issue d'une très grande quantité de pus fétide, venant d'un foyer très limité en haut, mais diffus en bas et en dedans. Tamponnement à la gaze iodoformée. L'appendice n'a pas été vu. Mort à 8 heures du soir avec température 39°5.

Autopsie : Péritonite généralisée avec fausses membranes. Pas d'adhérences solides ni foyer limité dans la fosse iliaque droite. Appendice en arrière et perforé.

Observation 28. — Broca. Th. Esnault. — Fernand F., 12 ans. Incision iliaque. Appendice adhérent au côlon réséqué et guérison.

Observation 29. — Broca. Th. Esnault. — Georges T..., 14 ans. Incision classique. Vaste poche pelvienne. Drainage abdominal. Guérison.

Observation 30. — Broca. Th. Esnault. — Ernest V .., 11 ans. Crise, puis rémission de deux mois, puis nouvelle crise. Incision iliaque: petit foyer de pus concret. Appendicectomie. Guérison.

Observation 31. — Pauchet. Cong. fr. de ch. 1904. — Le jeune D... présente de violentes douleurs abdominales qui s'amendent depuis quelque temps, puis reparaissent. Quelques symptômes péritonéaux. Le toucher rectal perçoit un gros abcès pelvien.

Au huitième jour, incision iliaque droite. Evacuation d'un foyer meso-cœliaque et d'un foyer pelvien. Contr'ouverture rectale et drainage abdomino-rectal.

Lavages à l'eau oxygénée pendant huit jours. Pansements tous les jours.

En quatre semaines tout est fermé, la guérison est complète.

Observation 32. — Pollosson. Th. Dormoy. — Mlle C..., 14 ans. Incision de Roux. 300 grammes de pus. Moule fécal de l'appendice. Quelques jours après, laparotomie médiane, poche purulente pelvienne. Drainage abdomino-vaginal. Guérison.

Observation 33. — Pauchet. Congr. fr. de chir. 1904. — En avril 1904, un enfant, atteint d'appendicite au quinzième jour est incisé par le rectum et la fosse iliaque séparément et dans la même séance. Détente pendant huit jours. Puis la température remonta. L'état général s'altéra. Le malade fut rendormi. Avec un drain courbe introduit par la plaie iliaque et surtout par le rectum, je fis communiquer les deux foyers. Le drainage abdomino-rectal resta huit jours en place et le malade guérit.

Observation 34. — Pauchet. Cong. fr. de chir. 1904. — Le jeune B. de Courtigny, 12 ans, atteint d'appendicite depuis dix jours. Peu de réaction péritonéale. Dysurie. Au palper, une masse au-dessus du pubis et à droite.

Toucher rectal, empâtement, mais pas de collection nette. Incision iliaque droite. Je vide une collection iliaque, puis une autre pelvienne. Contr'ouverture rectale. Guérison au bout de deux mois.

NOURRISSON

Abcès ilio-pelvien droit

Observation 35. — (Résumée) Gyr. — Fille de 18 mois, née à terme de parents bien portants.

En pleine santé, début par des vomissements avec cris, pleurs, maux de ventre, anorexie, fièvre.

Les vomissements se répètent les jours suivants, aigres. Selles rares, glaireuses. T. 37°5 à 39°5.

Le neuvième jour yeux cernés, teint plombé, nez pincé. Langue sale, sèche. Pouls imperceptible. Cœur et poumons normaux.

Abdomen dur, tendu, ballonné, douloureux partout, mais beaucoup plus dans la région iliaque droite. On y sent une résistance plus forte qu'ailleurs et l'on obtient de la submatité. Rien de bien limité.

Par le toucher rectal, résistance vague, douloureuse à droite. T. 36°5.

Le dixième jour amélioration légère. Le onzième jour, aggravation et mort

Pas d'opération, l'autopsie n'a pu avoir lieu.

L'ABCÈS ILIO-PELVIEN GAUCHE

Anatomie pathologique. — Nous serons bref en ce qui concerne l'abcès ilio-pelvien gauche. Homologue en effet de son congénère l'abcès ilio-pelvien droit il en présente la symptomatologie et l'évolution. Il est aisé de transposer à gauche l'examen pour le déceler. C'est de lui surtout que l'on peut dire qu'il suffit d'y penser pour ne pas le méconnaître.

Il est utile cependant d'insister sur ce fait que l'appendice n'est pas forcément transposé à gauche pour donner naissance à une collection uniquement située de ce côté de l'abdomen. La prédominance même des symptômes à gauche n'implique pas la présence forcée d'une collection dans cette région. Et il est intéressant de souligner que MM. Termet et Vauverts n'apportent pas une seule observation d'abcès n'occupant *que la fosse iliaque gauche avec le pelvis* dans leur monographie sur la prédominance des symptômes à gauche.

Etiologie-Pathogénie. — C'est uniquement chez l'enfant que nous avons relevé des observations d'abcès ilio-pelvien gauche. L'appendice chez lui flotte-il plus librement ? Ou bien plutôt la fréquence relativement grande de la position pelvienne de l'appendice à leur âge ne prédispose-t-elle pas à cette évolution de l'abcès. La transposition pure et simple du cœcum à gauche est infiniment rare.

Nous serions tenté d'envisager l'évolution de la collection de la façon suivante : le pus, gagnant les parties déclives se collecte d'abord vers le Douglas. Son abondance augmentant tend à se frayer un chemin vers la grande cavité péritonéale. A ce

moment, il rencontre à droite des adhérences résultant de l'inflammation antérieure de l'appendice (et nous l'avons déjà dit, l'abcès appendiculaire est généralement consécutif à plusieurs poussées appendiculaires précédentes) évolue tout naturellement vers la fosse iliaque gauche, encore libre, qu'il envahit peu à peu. Celle-ci serait ainsi secondairement infectée.

Sans vouloir donner à cette conception plus de valeur que celle d'une hypothèse séduisante, nous enregistrons la rareté de l'abcès ilio-pelvien gauche. Quatre cas seulement nous sont parvenus sur 89 observations soit une proportion de 4,04 0/0. Le maximum de fréquence se rencontre dans le sexe masculin, trois cas sur quatre.

Symptomatologie. — Les symptômes généraux sont les mêmes que pour toute collection intrapéritonéale.

Localement, le maximum de la douleur siège le plus fréquemment dans la fosse iliaque *droite* (obs. 36, 38). Une seule fois la fosse iliaque est déclarée indolore à droite (obs. 39).

Cependant l'empâtement, la submatité, parfois même la sensation d'un boudin résistant occupant la fosse iliaque gauche (obs. 38), même en présence d'un point de Mac Burney très net éclairent le diagnostic.

Les signes de cystite sont communs à tous les abcès pelviens ; nous n'y reviendrons pas.

Le pus est rencontré en grande abondance dans chaque cas, que nous possédons, d'abcès ilio-pelvien gauche, ce qui vient à l'appui de notre hypothèse sur la pathogénie de la formation de ce groupe d'abcès.

Diagnostic. — En présence d'une collection ilio-pelvienne gauche, le diagnostic du chirurgien, quant à la cause initiale de la présence du pus devient infiniment délicat.

Le pus siège habituellement au voisinage de l'S iliaque, souvent entre l'S iliaque et l'intestin (obs. 52). Le point appendiculaire peut manquer, la fosse iliaque droite peut ne présenter aucune réaction de défense. Un gros point d'interrogation se pose alors. Sommes-nous en présence d'une périsigmoïdite ? Avons-nous affaire à un abcès appendiculaire ? Pour certains, la

question est rapidement tranchée. Considérant la périsigmoïdite comme une lésion d'origine appendiculaire, ils résoudront le problème dans ce sens. Pour les autres (Michaux, Saillant, Le Dentu, Patel), et toute une série de travaux et de publications récentes défendent énergiquement leur façon de voir, reconnaissant à la périsigmoïdite une entité clinique distincte de l'appendicite, ils chercheront à établir dans l'S iliaque l'origine de l'inflammation.

C'est alors qu'intervient la notion de crises abdominales douloureuses antérieures. Celles-ci se sont fréquemment localisées nettement dans la fosse iliaque droite : point important à établir dans l'histoire clinique du malade.

Cependant en général, dans la périsigmoïdite, le début diffère assez sensiblement du début d'une crise appendiculaire. Dans la périsigmoïdite, l'abcès survient le plus souvent graduellement « au milieu d'un syndrome de l'entéro-colite » (1).

Il n'en est plus de même lorsque celui-ci est constitué. A ce moment, les signes généraux sont sensiblement les mêmes (T. 39° à 40°), pouls précipité, réaction péritonéale très marquée, vomissements, météorisme, pseudo-obstruction intestinale.

Le toucher rectal prend alors une valeur prépondérante. Dans la périsigmoïdite, il est négatif. Dans l'abcès appendiculaire il est positif. Il affirme la présence du pus dans le Douglas, il permet d'apprécier sa tension. Grâce à lui on peut se tenir prêt à l'évacuation.

La rectoscopie pratiquée par Boas, Mathews, Mummerey, permettra souvent de trancher le diagnostic, et le chirurgien, *de visu* constatera directement dans l'S iliaque la présence d'irritation, de congestion, de végétations de la muqueuse.

Les bougies de Wales seront encore d'un grand secours pour le clinicien. Ramenant un enduit muqueux ou glaireux elles montreront l'irritation de l'S iliaque. Cependant ce point mérite d'être mieux étudié. Nous avons fréquemment noté des évacuations de glaires ou de fausses membranes concomittantes à la

1. Patel, *Rev. de chir.*, 1907, p. 446.

présence d'une collection appendiculaire dans le Douglas.

Cette discussion a d'ailleurs surtout une valeur théorique. On reproche de plus en plus à l'appendice d'avoir rejeté dans l'ombre les autres lésions abdominales, les vieilles typhlites et périty-phlites dont les sigmoïdites et périsigmoïdites ne sont qu'une localisation spéciale. Il est évident qu'elles ont droit de conserver leur place dans la nosographie abdominale. La tendance actuelle à la réaction contre l'appendicite n'entraînera-t-elle pas à son tour trop loin ?

Le diagnostic entre la périsigmoïde et l'abcès appendiculaire reposera donc surtout sur le début de l'affection. L'interrogatoire serré du malade et de son entourage prend une place considérable. Les signes vésicaux feront pencher le diagnostic en faveur de l'appendicite.

L'importance du diagnostic, nulle quant à l'indication d'une intervention, devient réelle lorsqu'il s'agit de préciser la méthode opératoire que l'on va suivre.

Traitement. — En ce qui concerne l'abcès périsigmoïdien, son évacuation se fera par l'abdomen ; il est pratiquement inabordable par le rectum, et les interventions auxquelles il a donné lieu, effectuées par voie haute semblent avoir donné les meilleurs résultats.

Il n'en est plus de même pour l'abcès pelvien. Fidèle à notre technique habituelle, nous préconiserons son évacuation par la voie rectale pour tous les avantages que cette voie présente et que nous avons exposés précédemment. Dans le cas où un abcès isolé nous obligerait à intervenir par la voie haute, nous pratiquerions la laparotomie médiane qui ne nous exposerait pas à méconnaître la présence d'un abcès (obs. 52). En tous cas nous organiserions le drainage abdomino-rectal qui nous paraît présenter le maximum de sécurité.

Dans cette forme encore, on peut tenter d'attendre la résorption du pus. Cette méthode peut donner quelques bons résultats (obs. 54). Nous avons déjà dit pourquoi elle nous paraissait dangereuse.

De toutes façons, dans cette forme comme dans les autres l'appendicectomie secondaire s'impose (1).

Du dépouillement de nos observations, nous enregistrons, au point de vue pronostic les résultats suivants :

Laparotomie latérale. Méconnaissance d'un foyer purulent : mort.

Laparotomie latérale. Péritonite généralisée : mort.

Ouverture spontanée insuffisante. Laparotomie latérale : guérison.

Traitement médical : guérison.

Observation 36. — Mlle Gordon (résumée). — Adrienne F..., 8 ans, entrée le 27 août 1895, décédée le 4 septembre. Antécédents héréditaires nuls. Elevée au biberon Troubles gastro-intestinaux, notamment diarrhée. Rougeole à 4 ans.

Début le 25 août. Coliques. Céphalée. Fièvre. Vomissements. Le maximum de la douleur est dans la fosse iliaque droite. Empâtement profond et submatité s'étendant jusqu'à gauche de la ligne médiane. L'empâtement est à peine perceptible sous le chloroforme.

Le 27, incision sur le bord externe du droit. Evacuation d'un abcès situé en dedans et en bas. Drain. Pansement. Malade très agitée, mais pouls pas mauvais. Le 29 peu de pus dans le pansement. Constipation opiniâtre.

Le 2 septembre on sent par le toucher rectal une masse résistante, arrondie, très douloureuse, en avant et à droite du rectum qui est plein de matières. Le 4 septembre pouls insensible. Mort.

Autopsie. — Adhérences pleurales très fortes à droite Rien à gauche. Adhérences du péritoine de l'épiploon, du cœcum et de l'intestin grêle aux abords de la plaie. Poche purulente entre l'S iliaque et l'intestin grêle, se prolongeant dans le petit bassin qu'elle remplit.

Plusieurs petites poches purulentes entre les anses agglutinées de la portion terminale de l'intestin grêle.

L'appendice, qui contient un calcul se dirige en haut et en dedans vers le bord inférieur de l'iléon auquel il adhère. Le bout de l'appendice est flottant et porte une large perforation.

Observation 37. — Chevallier. — Edmond G..., 5 ans. Incision à gauche. Pus abondant, fétide. Péritonite généralisée et mort.

Autopsie. — Appendice en situation pelvienne, largement perforé.

1. Broca. Récidive d'appendicite deux ans et demie après ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum, *Journ. des praticiens*, 25 mai 1907.

Observation 38. — Rocher, Th. Perreaux (résumée). — André C..., entre le 17 juin 1904, âgé de 12 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants. Deux sœurs, 26 ans et 20 ans, bien portantes.

Antécédents personnels : Né à terme. Nourri au biberon jusqu'à 5 mois, au sein mercenaire pendant 3 mois. Allaitement repris par la mère au biberon Sevré à 14 mois. Rougeole à 6 ans. Scarlatine à 8. Coqueluche à 11. S'enrhume facilement. Toux nerveuse.

Le 13 juin, à 7 heures du matin, vomissements alimentaires et bilieux. Dans la nuit pas de sommeil. Le lendemain il va à l'école, pas de malaises. Le soir douleur en coup de poignard à point de départ dans la fosse iliaque droite.

Le mercredi il va à l'école jusqu'à midi, puis douleurs assez vives dans le bas-ventre, localisées dans la fosse iliaque droite. L'enfant est couché. Inappétence. Repos la nuit.

Le jeudi matin, coliques assez vives, diète, champagne, glace. Apparition de selles diarrhéiques peu abondantes. Le soir entrée. Abdomen dilaté surtout dans la région sus-épigastrique. Pas de voussures anormales dans les fosses iliaques. A la palpation, muscles tendus mais non contracturés du côté droit. Au niveau du point de M. Burney, douleur assez localisée mais pas de plastron. Irradiations dans le flanc. Abdomen également sensible à la partie inférieure. Le maximum douloureux paraît siéger du côté gauche. Au-dessus de l'arcade de Fallope, sous la paroi, sensation de boudin peu résistant au doigt. Pas de sang dans les selles. Rien aux poumons ni au cœur. P. rapide.

Toucher rectal : On ne sent pas à proprement parler de tuméfactions, mais le toucher est douloureux en avant et à gauche du sacrum.

Etat général bon. Teint légèrement terreux.

18 juin. — Etat général meilleur. T. 37°9 et P. 116, 37°6 et 100.

Le point de M. Burney est toujours douloureux. Douleur surtout localisée à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Ventre ballonné. Percussion, légère submatité au niveau du point le plus douloureux.

Traces d'albumine. Notable quantité d'indican. 49 gr. urée par litre d'urine.

Constipation. Besoin d'aller à la selle sans résultat. Diète lactée. Champagne. Glace.

Du 18 au 25 selles nombreuses assez abondantes, pâteuses puis liquides. Miction normale. T. de 38°2 à 37°. P. 108 à 84.

Le 24 au soir les douleurs à la palpation deviennent brusquement aiguës. T. 38°2. P. 106.

Le 25. — P. 116. Aggravation pendant quatre jours.

Le 27. — Enfant abattu. Yeux cernés. Langue saburrale, Ventre très

météorisé. Percussion : zone de submatité au-dessus de l'arcade crurale gauche. Douleur localisée dans cette région.

Toucher rectal : Tuméfaction ovoïde, à sommet inférieur, plaquée au-devant du sacrum et limitée latéralement par deux gouttières la séparant latéralement de l'excavation pelvienne.

La tuméfaction semble se continuer en haut avec celle signalée au-dessus de l'arcade crurale.

La douleur s'irradie de l'excavation pelvienne jusque dans la partie inférieure de l'abdomen, à gauche. Traitement médical continué. T. le 28 à 37°. Le pouls 82.

Le 3 juillet, la tuméfaction pelvienne, facile à sentir, a diminué très notablement de volume. Pas de fluctuation. Empâtement diffus donnant l'impression d'anses intestinales agglutinées par des fausses membranes. L'état général redevient bon.

Le 7 juillet, on cesse la diète liquide.

Le 15, régime alimentaire ordinaire. Etat général parfait. La tuméfaction persiste toujours. Lavements chauds à température progressivement ascendante : le premier à 38°5, rapidement on arrive à 50°8 bien supportés. Etat digestif parfait. Selles régulières.

Le 6 août, léger empâtement au-devant du rectum. La tuméfaction a considérablement diminué d'étendue d'épaisseur et de consistance. Rien à l'exploration des fosses iliaques. Pas de point douloureux. Pas de M. Burney. Depuis quelques jours l'enfant se lève.

Le 7 août sa famille le reprend.

Observation 39. — Broca, *Journ. des Praticiens*, mars 1905. — Un garçon de 14 ans est pris brusquement de douleurs intestinales, de vomissements et de fièvre. A son admission, on constate que la fosse iliaque droite était tout à fait souple et indolente à la palpation, même profonde.

Par contre, dans le ventre un peu météorisé, la pression était douloureuse, sans empâtement toutefois, en un point à gauche, à peu près symétrique du point de M. Burney. Gargouillements à la palpation de la fosse iliaque gauche. Sonorité à la percussion. Le toucher rectal donne à bout de doigt en arrière et à gauche une bosselure douloureuse, certainement liquide. Il existe donc là une grosse collection abdomino-pelvienne gauche, collection liquide et gazeuse.

T. 37°5. P. 100. Débâcles diarrhéiques jaunes, granuleuses, abondantes, très fétides pendant deux jours. Malgré cette ouverture rectale spontanée, la tuméfaction étant plus grosse et douloureuse, il est fait une incision iliaque gauche qui donna issue à des gaz très fétides et à du pus en abondance.

Le foyer passait devant le promontoire pour se prolonger vers la région iliaque droite. Guérison en trois semaines.

L'ABCS PELVIEN PROPREMENT DIT

Par abcès pelvien proprement dit, nous entendons la collection inflammatoire séro-hématique, séro-purulente, ou franchement purulente développée dans le petit bassin. Cette collection peut avoir des dimensions variables et des sièges légèrement différents.

Anatomie pathologique. — Tantôt en effet elle bombe dans le rectum, de telle sorte qu'on la constate « prête à se rompre » et remonte très peu dans la cavité pelvienne; tantôt, au contraire, elle se développe surtout vers le haut, prenant alors la forme pelvi-hypogastrique décrite par quelques auteurs.

Ces légères différences ne nous paraissent pas suffisantes pour subdiviser ce groupe en types : inférieur, supérieur ou pelvi-hypogastrique.

Les dimensions que présente la collection sont très variables : abcès du volume d'un petit œuf (obs. 55), d'un gros œuf (obs. 53), d'une grosse mandarine (obs. 46), énorme poche, remplissant tout le petit bassin (obs. 49-50), cavité immense (obs. 43) « énorme tuméfaction prérectale montant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic, sans envahir la fosse iliaque, pas plus à droite qu'à gauche » (obs. 44).

Les rapports anatomiques de l'abcès varient du fait même de son volume. Les observations que nous possédons ne sont pas très explicites à ce sujet. Seule, l'observation 48, nous montre l'abcès limité à gauche par le rectum, à droite par l'appendice, l'ovaire et la paroi pelvienne, en arrière par le pelvis, remon-

tant en haut jusqu'au bord supérieur du petit bassin, descendant en bas jusqu'au fond du Douglas.

L'appendice est généralement accolé au détroit supérieur du bassin, mais ce renseignement ne nous parvient que lorsqu'il a été cherché au cours de l'intervention. Il peut présenter les lésions les plus diverses depuis la simple turgescence (obs. 48) jusqu'à la perforation et la gangrène.

Nos observations nous montrent que le contenu des abcès est presque toujours du pus, mais ne précisent ni son aspect, ni surtout les éléments bactériologiques qu'il renferme.

Toutes sont d'accord pour indiquer son horrible fétidité. Les quantités évacuées correspondent au volume de l'abcès et varient d'un verre à liqueur (obs. 7) à 3 litres (obs. 47). Cette dernière quantité paraît rare, mais il est fréquent de noter 1 litre de pus.

Etiologie. — Chez le nourrisson, nous n'avons trouvé aucune observation d'abcès uniquement pelvien. Les enfants nous fournissent 6 cas dont 5 garçons et 1 fille. Chez l'adulte nous trouvons 9 cas dont 7 hommes et 2 femmes. Cette différence paraît considérable ; il est intéressant de noter qu'elle se reproduit avec une netteté remarquable chez l'enfant et chez l'adulte et dans toutes les autres formes d'abcès. Nous n'entreprendrons pas d'expliquer ce fait, après les discussions relatées dans tous les livres. Bornons-nous à le souligner.

Symptomatologie. — La symptomatologie générale est la même que dans la forme précédente avec peut-être un peu de diminution de la gravité des symptômes. Température 38 à 38°5. Pouls généralement petit. Facies peu impressionnant, au moins au début de l'affection. Les signes locaux se modifient avec la topographie même de l'abcès. La submatité et la défense musculaire sont le plus souvent abaissées quelquefois même jusqu'au voisinage du pubis. Le point de Mac Burney est souvent déplacé de quelques centimètres vers l'arcade de Fallope. Rarement la collection est perceptible par le palper abdominal, sauf cependant dans la forme haute précédemment décrite sous le nom d'abcès pelvi-hypogastrique.

Nous avons dit toute l'importance des signes vésicaux en pré-

sence des abcès pelviens, nous avons insisté sur leur pathogénie ; nous signalerons que dans la forme actuelle ces signes peuvent prédominer et en imposer quelque temps pour le diagnostic.

Le toucher rectal, dont nous avons déjà montré l'importance, dont la répétition régulière peut seule mettre le chirurgien à l'abri des cataclysmes de l'ouverture spontanée de l'abcès, permet de toucher du doigt, si j'ose dire, l'état du péritoine jour par jour, heure par heure. Car l'ouverture spontanée, œuvre de la nature, n'est pas toujours désirable, même lorsqu'elle se produit dans un des viscères creux du pelvis. Des accidents redoutables sont à craindre, telle l'hémorragie vaginale, cause de mort de l'observation 22.

Parfois, il est vrai, la résorbtion du pus peut se produire tout doucement par le traitement médical. Un exemple en est cité dans l'observation 6. Est-il prudent de l'escompter ? Bien peu de chirurgiens oseraient actuellement risquer un pareil aléa. Il est bien plus fréquent en effet de voir soit à l'occasion d'un écart de régime, soit par l'administration intempestive d'une purge ou d'un lavement (et les phénomènes d'occlusion intestinale imposent parfois de recourir, avec prudence, à ce dernier moyen) une adhérence péritonéale se rompre, un peu de liquide septique se frayer passage vers la grande cavité péritonéale. Et voilà réalisée la plus redoutable des complications, la péritonite généralisée.

Les autres complications sont beaucoup moins fréquentes et les complications à distance sont communes à tous les abcès. Il n'est actuellement plus douteux que lorsqu'en un point existe un foyer de suppuration, la circulation sanguine charrie tôt ou tard les espèces microbiennes qu'il renferme. Viennent-elles à rencontrer dans l'organisme un point de moindre résistance, elles s'y fixent, colonisent et forment d'autant plus d'abcès, de complications successives que l'état général du sujet est plus compromis.

Traitement. — En présence d'une appendicite, les signes généraux et abdominaux n'obligeant pas à une intervention hâtive,

la conduite du chirurgien tend de plus en plus vers la temporisation. La notion d'un point douloureux haut situé dans le rectum sans signes de réaction inflammatoire des tissus environnants et particulièrement d'œdème, l'engagera peut-être à pratiquer une laparotomie immédiade et s'il se guide sur les antécédents appendiculaires du malade, l'appendicectomie enlèvera à celui-ci de grandes chances de voir la formation d'un abcès. La temporisation nous paraît cependant pouvoir être tentée. Le traitement médical parviendra souvent à refroidir encore une fois l'infection péritonéale menaçante. Mais l'expectative du chirurgien ne pourra vraiment être considérée comme armée que s'il procède tous les jours au toucher rectal. Nous nous répétons à dessein. Jamais, nous semble-t-il, on ne renouvellera trop souvent cette affirmation de la nécessité impérieuse de la pratique très fréquente du toucher rectal. Grâce à lui en effet le chirurgien est constamment renseigné et dès l'apparition de la fluctuation, il sera prêt à intervenir.

Nous nous trouvons maintenant en présence du pus, et peu d'auteurs escomptent actuellement sa résorbtion pure et simple. Des accidents graves sont à redouter : son évacuation dans les viscères creux environnants les métastases emboliques ou infectieuses, et la plus grave de toutes, l'inondation purulente de la grande cavité abdominale. Il faut donc évacuer le pus. Mais par quelle voie ?

La voie haute, intrapéritonéale, même après création d'adhérences artificielles pariéto-épiploïques, même avec l'emploi de la pompe aspirante de Morestin est bien dangereuse, et peu de chirurgiens se résoudront à l'employer.

La voie haute, avec incision de Roux et tentative du décollement du péritoine pariétal jusqu'au voisinage de la collection, est bien risquée et fait constamment courir la chance d'une déchirure du péritoire en cours de route ; elle expose considérablement la vessie.

Ces deux méthodes ont été employées et ont donné à leurs auteurs des cas de guérison. Cependant il faut rappeler le cas où M. Broca, au cours d'une laparotomie, apercevant la coupole

d'un abcès pelvien préfèra fermer le ventre et ouvrir le rectum. Et pourtant M. Broca est éclectique et l'évacuation du pus par l'abdomen ne l'effraie pas.

Il faut encore ajouter que souvent la voie haute ne donne pas une impression de sécurité suffisante quant à la rétention du pus dans le Douglas. Témoin l'observation de M. Picqué (obs. 44) qui donna naissance à la controverse récente de la société de chirurgie. Dans ce cas l'auteur fut obligé de recourir au drainage par voie basse. Il choisit l'incision prérectale.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Pauchet effondre de parti pris le rectum. Nous aurons à revenir sur cette dernière méthode.

Reste la voie basse, invinciblement attirante par la notion du drainage déclive. Plusieurs routes ont été préconisées et suivies. Nous ne citerons que pour mémoire la voie parasacrée de Jaboulay, abandonnée par son auteur lui-même. L'incision prérectale et l'incison rectale pure et simple conservent actuellement leurs défenseurs également convaincus. La colpotomie vaginale chez la femme rallie tous les suffrages. Chez la fillette elle est très discutée, les uns respectant, les autres franchissant avec ou sans effraction la barrière morale de l'hymen.

En présence donc d'un abcès bombant dans le rectum, à quelle conduite allons-nous nous décider? Une première indication à remplir est impérieuse : évacuer sans chercher à pratiquer immédiatement la cure radicale des lésions appendiculaires. Celle-ci sera réservée pour le moment où, la suppuration tarie, il sera loisible de la pratiquer par laparotomie. Et cependant l'espoir de trouver facilement l'appendice semble surtout guider les chirurgiens qui interviennent encore par la voie haute ; mais l'état précaire du patient lui fait courir de gros risques du fait seul de l'anesthésie forcément plus prolongée que dans l'intervention par voie basse, où souvent elle est inutile, et du choc opératoire qui n'est pas négligeable.

De plus, par cette voie, le drainage est souvent insuffisant, le pus stagne dans un Douglas très profond, et il se produit toujours une résorbtion partielle de pus entraînant des lenteurs de

guérison. Pour obvier à cet inconvénient, Pauchet préconise une méthode mixte qui lui donne d'excellents résultats et par laquelle il réalise toutes les indications : drainage et cure radicale des lésions appendiculaires. Son procédé de drainage abdomino-rectal ne pourra être employé avec efficacité que si l'état général du sujet lui permet de supporter une intervention d'une certaine durée.

Le drainage abdomino-vaginal répond aux mêmes indications et sera avantageusement employé chez la femme. Chez la fillette le drainage abdomino-rectal sera certainement préférable.

Mais le plus souvent l'état général du patient ne nous laissera pas le loisir de recourir à une anesthésie générale prolongée, et nous lui rendrons le plus grand service en évacuant le pus sans nous servir d'aucune anesthésie, ou en ne prolongeant pas celle-ci au delà de trois ou quatre minutes, tout au plus.

Chaque fois donc qu'un abcès bombe dans le rectum, le plus simple est de l'évacuer par le rectum ; et, se guidant sur les indications données par la nature, intervenir à temps, pour éviter soit des délabrements inutiles ou insuffisants, parfois dangereux, soit la prolongation de l'intoxication générale de l'organisme du patient.

La voie prérectale, chirurgicalement propre, présente les avantages de cette propreté même; mais l'exécution de l'intervention qui la poursuit, bien que minutieusement réglée depuis la pratique courante de prostatectomie périnéale, n'en demande pas moins une certaine habileté opératoire ; et le travail de dissection à travers un tunnel de tissus sains ; entraînera toujours, quelque soit le soin avec lequel aura été pratiqué le drainage, une résorbtion partielle de liquides septiques. Enfin le drainage lui-même est encore parfois insuffisant et la rétention de pus dans le Douglas est encore possible. De toutes façons on n'obtiendra qu'un drainage étroit, profond, avec le plus souvent guérison lente (Observ. 43-44-45-12).

La voie rectale au contraire ne demande que quelques secondes d'exécution, quelques minutes, 3 ou 4, si l'on recourt à la dilata-

tion de l'anus. Celle-ci est, le plus fréquemment inutile, et la béance de l'anus peut être considérée comme habituelle.

Le manuel opératoire est des plus simples : ponction verticale au bistouri sur la ligne médiane du rectum, là où bombe la collection. Les incisions cruciales nous paraissent dangereuses en ce qu'elles exposent aux hémorragies.

Une pince à forcipressure est engagée fermée, les mors sont écartés dans la collection et retirés ainsi par simple traction. Cet élargissement des lèvres ne présente aucun danger et laisse établir un large drainage.

Placement d'un drain dont l'extrémité dépassera l'anus, ce qui évite toute chance de rectite. Certains chirurgiens préfèrent placer un drain en T. Ceci est loin d'être indispensable. Le drain sera avantageusement calé dans le rectum par des mèches placées autour de lui dont un chef débordera l'anus. Ces mèches pourront server à tamponner la plaie en cas de suintement sanguin, voire même d'hémorragie.

Suivant l'importance de la collection le drain sera laissé en place trois ou quatre jours. Il est fréquemment expulsé au bout de 48 heures. Il ne fut jamais nécessaire d'en replacer un autre. La dilatation digitale quotidienne de l'orifice de ponction du rectum ne nous paraît nullement nécessaire et toutes les observations que nous possédons, muettes sur cette pratique n'en ont pas moins donné des résultats excellents.

Une instrumentation spéciale pour l'ouverture du rectum ne nous paraît pas nécessaire. Cependant le dilatateur de M. Reynier peut présenter quelques avantages.

Les soins consécutifs à donner au malade se résument à fort peu de chose. Sérum-caféine, huile camphrée, pour soutenir son état général. Réchauffement avec des bouillottes. On continuera avantageusement l'usage de la glace intus et extra pendant 24 heures. L'opium ou la morphine pour prolonger la constipation du malade pendant 48 heures ne nous semblent pas indiqués. On se contentera de remplacer le drain rectal si celui-ci était expulsé avant 48 heures pleines.

Les mécomptes que l'incision rectale a semblé donner à cer-

tains chirurgiens viennent de ce fait que la guérison leur a semblé définitive après l'évacuation du pus. Si, le plus souvent, ces productions purulentes sont liées à la gangrène de l'appendice, nous avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique que cette lésion est loin d'être la règle. Le plus souvent la nécrose du processus vermiforme n'est que partielle, et sujette à subir une nouvelle poussée qui fera courir au malade les mêmes dangers que précédemment.

L'évacuation du pus par le rectum *ne doit donc pas être considérée comme une intervention curatrice,* mais bien comme une méthode de nécessité qui par le bien-être et la véritable résurection du patient qu'elle détermine, permettra de pratiquer *à froid* dans d'excellentes conditions une appendicectomie qui mettra le malade définitivement à l'abri des accidents appendiculaires.

Le chirurgien ne devra donc laisser entrevoir, ni au malade, ni surtout à son entourage, la ponction du rectum comme une mesure radicale. Bien au contraire, et dès la première intervention, ceux-ci devront être avertis qu'une laparotomie secondaire s'impose, qu'elle sera pratiquée au moment opportun.

Y a-t-il avantage à intervenir secondairement par l'abdomen d'une façon précoce ? A ce moment, les adhérences consécutives au processus pathologique sont peu résistantes, friables, et le chirurgien en vient facilement à bout. Par contre, elles peuvent se reproduire facilement après leur libération opératoire, et la poussée inflammatoire du péritoine, mal étouffée, peut se réchauffer aisément sur une séreuse encore très vascularisée. De plus, les tuniques intestinales, mal remises de l'assaut qu'elles viennent de soutenir contre la tendance du pus à l'effraction, sont alors très friables ; l'intervention est susceptible d'amener, soit une déchirure qui suturée, se cicatrise mal, soit une nécrose partielle : dans les deux cas une fistule stercorale secondaire.

Le moment qui nous paraît être le plus favorable pour l'appendicectomie sera celui où l'intestin aura repris toute sa vitalité. A ce moment, les adhérences rompues peuvent être soigneusement péritonisées. Le malade jouit d'un bon état général et le

chirurgien peut prendre son temps pour parfaire son intervention. Ce moment pourra être cliniquement apprécié par la sédation complète des symptômes de réaction péritonéale, lorsque l'apyrexie se sera déjà prolongée quelque temps, lorsque la douleur à la pression aura totalement disparu.

Pronostic. — Nous avons vu plus haut qu'il est nécessaire de différencier le pronostic de l'affection abandonnée à elle-même de l'évolution que l'on est en droit d'attendre d'un traitement judicieux et appliqué à temps. Lorsque ces conditions se trouvent réalisées, la mortalité est infime. Ne connaissant pas tous les cas observés, nous n'osons affirmer qu'elle est nulle. Cependant nous n'enregistrons pas un seul décès dans les observations où la méthode que nous préconisons a été suivie.

D'ailleurs, laissant aux chiffres leur éloquence concluante, nous résumerons le pronostic dans le court tableau suivant :

7 Interventions par voie haute : 4 guérisons, 2 décès, 1 guérison incomplète ;

1 intervention par voie abdomino-rectale : 1 guérison en un mois ;

1 Intervention par voie abdomino-prérectale : 1 guérison en un mois ;

3 Interventions par voie prérectale : 3 guérisons lentes ;

3 Interventions par voie rectale : 3 guérisons rapides ;

1 Ouverture spontanée par le rectum : 1 guérison « très rapide ».

Si aux trois cas que nous relatons, nous ajoutons les 7 cas apportés par M. Chaput et les 8 cas de M. Reynier à la Société de chirurgie nous obtenons un total de 18 cas sur lequel *aucun décès n'est à enregistrer*. Voilà, pensons-nous, le plaidoyer le plus éloquent en faveur de l'incision rectale.

ADULTES

Observation 40. — M. E. Reymond (inédite). — Au mois de novembre 1903 nous examinons à l'hôpital de Sèvres le jeune Ch., âgé de 16 ans entré la veille pour des accidents d'obstruction intestinale.

L'interrogatoire du malade apprend que ces phénomènes d'obstruc-

tion ont été précédés de douleurs abdominales prédominantes à droite, d'embarras gastrique, de vomissements.

Depuis cinq jours le malade n'est plus allé à la selle ; le ventre est ballonné, les efforts de vomissements continuels, la figure angoissée, les extrémités froides quoique la température sous l'aisselle soit de 39°5 ; le pouls est de 120.

Le doigt pratiquant le toucher rectal est arrêté à peu de distance au-dessus de l'anus par une masse volumineuse qu'on reconnaît être développée au-dessus de la paroi antérieure du rectum ou, du moins, repousser cette paroi antérieure contre la paroi postérieure.

La béance de l'anus permet d'introduire deux doigts dans le rectum qui constatent que la tumeur est fluctuante, tendue.

Sans chloroforme, à l'aide d'une valve postérieure, on découvre facilement la tumeur saillante ; incision ; environ 1/2 litre de pus d'odeur infecte ; gros drain.

Le lendemain, température 37°5, ventre souple, selles.

Drain tombe le surlendemain, n'est pas remplacé.

Le 15 décembre 1903, avec l'aide du Dr Delchi, chloroforme Dr Bourgeois, incision Jalaguier, appendice adhérent légèrement rétro-cœcal. Quelques adhérences de l'intestin grêle et du rectum. Sur celui-ci dans le cul-de-sac de Douglas pas trace de l'incision.

Pas de drainage. Suites normales.

Observation 41. — M. E. Reymond (inédite). — Mlle X., âgée de 16 ans à la suite de douleurs abdominales prédominantes à droite vit se développer au-dessus du pubis une tumeur arrondie, saillante, dont la matité remontait à mi-hauteur entre l'ombilic et le pubis.

Elle fut opérée le ..... par M. Bouillie qui pratiqua une incision sur la ligne médiane et ouvrit une collection limitée en avant par la paroi abdominale, en haut et en arrière par les anses intestinales, en bas par la vessie. Le foyer était rempli d'un pus mal lié, contenant des débris granuleux ; son aspect fit penser qu'il pouvait être de nature bacillaire ; l'examen bactériologique ne fut pas pratiqué.

Le drain fut laissé en place pendant trois semaines.

La malade présenta encore dans la nuit des phénomènes de colite puis d'appendicite assez nets.

Elle fut opérée le ..... par M. Jalaguier. On trouva le cœcum adhérent aux anses voisines ; de l'appendice il ne restait plus qu'un moignon épais et court ; le reste de l'appendice semble avoir été détaché précédemment par un travail de sphacèle.

Accolée au cœcum qui descend bas, la trompe droite se présente augmentée de volume, enflammée avec plusieurs noyaux indurés à sa partie moyenne.

Ablation du moignon appendiculaire et de la trompe.

Celle-ci fut examinée histologiquement : les noyaux indurés avaient un caractère bacillaire.

Suites opératoires et suites éloignées satisfaisantes.

Observation 42 (personnelle). — La nommée P... Augustine, âgée de 21 ans, entre dans le service de chirurgie de la maison départementale de la Seine le 10 décembre 1906.

Pas d'antécédents héréditaires, 8 frères et sœurs dont 3 sont morts, l'un d'inflammation intestinale indéterminée, les 2 autres de fluxion de poitrine.

Dans ses antécédents personnels, on note qu'après un curetage consécutif à un accouchement elle a commencé à éprouver des douleurs, très violentes, surtout au moment des règles où elle est obligée de garder le lit. Les douleurs sont surtout marquées dans le côté droit de l'abdomen, sans qu'elle ne puisse préciser le siège exact, et dans les reins.

Les dernières règles sont apparues le 1er novembre dernier. Les douleurs ont été intolérables, et l'ont obligée à cesser tout travail.

Le 1er décembre, ses règles ne sont pas survenues. Elle présentait et présente encore actuellement des pertes blanc jaunâtres, très fétides, extrêmement abondantes.

Le 10 décembre, au moment de son entrée dans le service, elle souffre beaucoup spontanément dans le bas ventre et la fosse iliaque droite. Le palper abdominal est douloureux, la douleur remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du pubis, et se poursuivant à droite jusqu'au point de Mac Berney. La région correspondante est empâtée et présente une réaction de défense musculaire.

T. 38°8 qui descend le soir à 38°2 sous l'influence de la glace et du régime hydrique.

La température se maintient encore au voisinage de 38° pendant deux jours.

Toucher vaginal pratiqué par M. le Dr Reymond le 12 décembre : Col petit, déchiré à droite, non entr'ouvert. Cul-de-sac antérieur libre, non douloureux. Cul-de-sac postérieur, occupé par une masse résistante paraissant se continuer avec le col utérin et très douloureux (fond de l'utérus ?) cul-de-sac latéral gauche relativement libre, peu douloureux, cul-de-sac latéral droit, annexes perceptibles très douloureuses.

La malade n'a jamais présenté aucun trouble de la miction.

Opération le 21 décembre 1906. — Incision sous-ombilicale. Liquide séreux dans la grande cavité péritonéale. Pelvis fermé par des adhérences.

Exploration. — L'appendice est adhérent, son extrémité tombe dans

le pelvis. En décortiquant les adhérences péri appendiculaires, on évacue le pus d'un abcès qu'on reconnaîtra ensuite constitué de la façon suivante : limité en haut par le bord supérieur du petit bassin, il remonte jusqu'à la moitié environ de l'appendice ; en bas, il descend jusqu'au fond du petit bassin ; paroi postérieure pelvienne ; paroi gauche rectale ; paroi droite de haut en bas, appendice, ovaire droit, pelvis. L'abcès est vidé en grande partie, puis épongé.

Libération difficile des annexes gauches et surtout droites.

Hystérectomie subtotale. Appendicectomie. Enfouissement du moignon appendiculaire et du pédicule du méso dans une même bourse. Péritonisation du pelvis difficile, incomplète, faite dans la partie droite au moyen du rectum.

Emploi unique du catgut. Drainage. Fermeture sur trois plans.

Examen de la pièce. – Utérus, métrite banale. Annexes gauche. Ovaire polykistique. Salpingite inflammatoire, adhérences nombreuses, pavillon non fermé, mais en voie d'oblitération (rétraction d'une partie des franges), kyste séreux du pavillon. Annexes droites : en partie enveloppée par les adhérences membraneuses de l'abcès sus-décrit. Pavillon oblitéré. Ovaire kystique. Trompe très enflammée, contenant un petit abcès au niveau du pavillon, et dont les franges se reconnaissent dans l'abcès.

En résumé, l'abcès ouvert pendant l'opération est en dehors de l'ovaire et de la trompe.

Appendice, d'apparence saine au niveau de son insertion cœcale. Va en s'épaississant de haut en bas et se termine par un renflement du volume d'une petite noisette. Le méso mince en haut, est épaissi et enflammé en bas.

Suites opératoires simples, la malade quitte le service complètement rétablie le 13 janvier 1907.

Observation 43. — Delanglade, Soc. chirurgie 30 mai 1900 (Résumée). — Jeune homme de 18 ans, pris subitement le 1er juillet à 11 heures du matin à la campagne d'une douleur brusque dans le ventre et de vomissements alimentaires. Le lendemain 40 gr. huile de ricin et lavement au séné. On le sonde à cause d'une sorte de *Ténesme vésical* mais on ne retire que peu d'urine. A 10 heures du matin, deuxième vomissement alimentaire. Le docteur d'Astros appelé le soir seulement pour la première fois constate une appendicite et institue le traitement médical. T. 39°4 axillaire P. 92. Le lendemain, état stationnaire A midi T. 39°4, P. 96. Dans la journée les douleurs augmentent d'intensité, vomissements franchement verts, diarrhée fétide et muqueuse, agitation extrême. Facies abdominal, traits tirés, nez effilé, yeux enfoncés, langue humide, extrémités fraîches plutôt que froides, T. 37°9, P. 100 dépres-

sible. Ventre modérément météorisé. Contracture et sensibilité superficielles dans toute la région sous-ombilicale. Pas de douleur localisée nette au point de M. Burney Le malade ne donne d'ailleurs à cet égard que les renseignements les plus irréguliers, accusant le maximum de souffrances tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt sur la ligne médiane.

Toucher rectal, aucune sensation particulière. A 10 heures du soir en présence d'une légère amélioration et en l'absence d'aucune localisation nette, on sursoit à l'intervention.

A 7 heures du matin le lendemain T. 37°6, P. 76, le soir T. 37°8, P. 72, vomissement porracé très abondant et très liquide à 10 heures du matin.

Les jours suivants la température reste au-dessous de 38° et le pouls au dessous de 60. Cependant nouveau vomissement porracé le 5 avec 37°3 et 60° Première selle spontanée le 8.

Les 11 et 12 juillet, douleur localisée à droite, immédiatement au-dessous de l'arcade, juste au milieu, cède rapidement à l'extrait thébaïque.

3 août. Après une semaine passée absolument sans souffrance, reprise des douleurs à gauche, à l'occasion de toux, éternuements, on la réveille en repassant un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale. Toucher rectal ; à 7 centimètres de l'orifice anal, masse dure, irrégulière, bombée, du volume du pouce à peu près, difficile à suivre latéralement, paraissant immobile, indolore à la pression. Appétit diminué, selles régulières, T. 36°9, P. 72. Dans les 24 heures quatre grands lavements aussi chauds que possible.

4 août. — Peu de douleurs dans la nuit et la matinée, T. 37°8. A midi, après l'irrigation, douleurs extrêmement intenses, durant sans interruption jusqu'à 1 heure. T. 39°, P. 108. Aucun empâtement du côté de la paroi antéro-latérale. Toucher rectal : la tuméfaction a pris le volume d'un petit œuf, elle paraît lisse et résistante.

Opération l'après-midi. Incision prérectale, évacuation d'un verre à liqueur environ de pus fétide. Drain de caoutchouc dans la poche, mèche stérilisée dans la plaie. Dès le lendemain, T. au-dessous de 37°8, P. au-dessous de 80. Rétention d'urine complète pendant 4 jours. *Cicatrisation longue à obtenir.* Le 25 novembre, un peu de douleur hypogastrique avec T. 38° et P. 90. Ces symptômes s'évanouissent devant la glace et l'opium, mais en décembre, *une fistule persistait*, étroite et longue. Le stylet butant sur un corps mobile et rugueux, donnant l'impression d'un calcul stercoral. Sur le conseil de mon maître M. Jalaguier, je la dilatai longuement à la laminaire pour extraire s'il y avait lieu le corps étranger. Cette exploration faite, sans chloroforme

resta négative soit qu'il soit sorti fragmenté ou en entier à la suite des dilatations (toutes les laminaires ont été expulsées en notre absence) soit que j'eusse commis une erreur d'interprétation, toujours est-il qu'après ces séances, la plaie se ferma en huit jours et que depuis la guérison se maintient parfaite.

Observation 44. — Robert Picqué, soc. chir., 17 avril 1907. — Un homme de 25 ans, interné à Vaucluse pour débilité mentale est soigné pour une angine. Après 38 jours d'une température variant de 38° à 40° puis entre 37° et 39° et affectant un type à grandes oscillations, on constate l'existence d'une tuméfaction hypogastrique. Celle-ci, exactement médiane, apparaît au-dessus de la symphise, croît rapidement au point de s'élever de deux travers de doigts par jour. Elle a dépassée l'ombilic, lorsque le malade entre en chirurgie le 7 septembre au soir avec le diagnostic probable de *phlegmon de la cavité de Retzius*.

Mais la netteté des contours arrondis de la tumeur, l'indépendance de la paroi à son niveau, font que mon oncle M. Picqué songe à la possibilité d'une simple rétention d'urine au cours d'une maladie infectieuse.

Le cathétérisme évacue 200 grammes d'une urine parfaitement claire. Cependant on s'assure qu'une injection poussée dans la vessie ressort intégralement. Or le globe hypogastrique n'a pas diminué. Un doigt rectal rencontre la collection déprimant fortement la paroi antérieure.

Le diagnostic reste hésitant. La temp. 39°8, le P. 156 commandent l'intervention immédiate.

Incision médiane sus-pubienne, espace prévésical parfaitement libre. La vessie est d'apparence saine peu distendue, surplombée par la tuméfaction dépressible et fluctuante.

La collection est-elle péritonéale ou sous-péritonéale? L'ouverture du péritoine, dans le doute, semble peu prudente, son décollement illusoire. L'idée d'une origine vésicale ne peut être complètement chassée de l'esprit. On ouvre donc la vessie Faible quantité d'urine, claire. Un point se montre déprimé sur la paroi postérieure, répondant fort évidemment à une zone d'adhérences. La moindre effraction fait surgir un flot de pus grumeleux, mal lié, d'odeur fétide, et le doigt traversant la perforation qu'il vient d'achever en quelque sorte tombe dans une cavité immense dont il ne peut trouver les limites en aucun sens. Drain. Lavage à l'eau oxygénée. L'impression est nette de l'insuffisance du drainage par cette étroite brèche que l'on ne peut cependant agrandir beaucoup aux dépens de la paroi vésicale.

A la faveur d'une incision prérectale, largement menée, incision méthodique, en les repérant, des plans du périnée. Le clivage effectué

entre le rectum et la prostate, une bougie d'Hégar introduite par la brèche sus-pubienne, rencontre notre doigt et effondre c. de s. dans la plaie périnéale. Un long et volumineux drain est alors conduit de l'une à l'autre. Des mèches de gaze tamponnent et isolent le Retzins.

Grâce à ce mode de drainage les suites opératoires furent parfaites. Dès le lendemain, la température tombait à 37° 2 pour ne plus dépasser 38°. Le P. restait à 140-130, 120 pendant les huit jours qui suivirent. Puis, sans doute sous l'influence du sérum artificiel injecté à la dose de 2 à 3 litres par jour, tous les symptômes d'infection s'estompèrent, et bien que l'urine s'écoulât par les deux plaies, la fermeture en fut rapide, la périnéale d'abord, la suspubienne au bout d'un mois, le malade guérit ainsi sans fistule, et le cours normal des urines se trouva spontanément rétabli.

Observation 45. — M. Routier. Soc. chir. 1er mai 1907. — Il s'agit d'un homme de 35 ans qui depuis 7 ans avait de fréquentes crises d'appendicite, chaque fois, il avait de la douleur dans la fosse iliaque droite, de la fièvre et des vomissements ; malgré cela il n'avait jamais voulu se faire opérer.

Le 27 février 1906, il eut une crise plus forte encore que les précédentes et fut dirigé vers mon service comme atteint d'occlusion intestinale le 1er mars.

Absent pour raisons de santé, je ne vis ce malade que le 4 ; l'occlusion avait cessé, il était apyrétique et je ne vis aucune indication spéciale à remplir.

Le 7, le malade demandait à rentrer chez lui, mais le 12 on le ramenait avec cette fois rétention d'urine absolue et de vives douleurs dans le bassin.

Le 13, après examen, je reconnus que ce malade avait trois rétrécissements de l'urèthre, très serrés, et par le toucher rectal, je trouvai en outre une énorme collection liquide entre la vessie et le rectum. L'uréthrotomie interne suivie du placement d'une sonde n° 17 permit l'évacuation de la vessie.

Restait alors cette énorme tuméfaction prérectale qui montait à mi-chemin de l'ombilic, sans envahir la fosse iliaque, pas plus à droite qu'à gauche.

Dans le but d'éviter l'infection du foyer par l'ouverture du rectum qui était cependant bien tentante, je pratiquai une taille prérectale et à bout de doigt, très profondément, je pus évacuer plus d'un litre de pus horriblement fétide.

J'introduisis un gros drain du volume du pouce et par là je pratiquai des lavages au permanganate ; après avoir fait passer plusieurs litres de liquide et lié la transverse du périnée qui donnait, je plaçai un

vrai tamponnement autour du drain car la plaie périnéale saignait encore.

En somme *mon intervention avait été assez laborieuse*. Les suites furent simples ; le premier jour, il eut une énorme débâcle intestinale ; au bout de quelques jours j'enlevai le tamponnement.

Cependant la suppuration continua et ce n'est que le 10 avril qu'il était cicatrisé.

A ce moment, il restait une induration manifeste dans la fosse iliaque droite, mais toutes les fonctions ayant parfaitement repris, le malade se trouvant guéri demandait à rentrer chez lui le 11 avril. Je ne l'ai pas revu depuis.

Observation 46. — M Guinard, Soc. chir. 22 mai 1907. — Au commencement de 1906, je me disposais à ouvrir par laparotomie un volumineux abcès pelvien d'origine appendiculaire Le malade était anesthésié, et pendant que mon externe brossait peut être un peu trop vigoureusement la peau de l'abdomen pour l'aseptiser, une odeur infecte nous avertit que l'abcès venait de se rompre dans le rectum. Je mis le malade dans la position du spéculum et appliquant une valve sur la commissure anale postérieure, je vis nettement sur la face antérieure du rectum un orifice par où s'échappait le pus. J'introduisis des ciseaux fermés par cet orifice et les retirant après les avoir ouverts, j'agrandis largement l'orifice et j'y plaçai un gros drain. Le malade guérit ainsi avec une rapidité et une simplicité parfaites.

Observation 47. — Delanglade, Soc. de chirurgie, 30 mai 1900 (résumée). — Homme d'une cinquantaine d'années emphysémateux, catarrheux, ayant eu de la péricardite et une phlébite double il y a quelques années.

Début brusque à Aix-en-Provence le 24 mars. Grand frisson. Fièvre, douleurs abdominales Le lendemain vomissement, puis pendant huit jours colite intense. Selles très fréquentes, aspect d'épinards hachés, glaires, membranes. Douleurs sur tout le trajet du gros intestin. Au troisième ou quatrième jour douleurs violentes au niveau de l'anus et du rectum, sans ténesme proprement dit.

Le 31 mars apparition d'un point particulièrement douloureux en dedans et au-dessous du point de M. Burney.

Le 4 avril, léger plastron à ce niveau. Apparence du malade pas mauvaise. Teint jaune, ce qui lui est habituel. Pas de vomissements, diarrhée persistante, appétit nul, digestions très mauvaises, langue très saburrale. T. 38°9. P. 96. Ventre médiocrement ballonné. Légère défense de la paroi en bas et à droite. Douleurs à la pression à deux ou trois travers de doigts en dedans et en dessous du point de M. Burney,

très près de la ligne médiane Empâtement oblique en haut et en dehors s'arrêtant à deux ou trois travers de doigts au-dessus et en dedans de l'arcade crurale. Toucher rectal : tuméfaction prérectale du volume d'une grosse mandarine, arrondie, lisse, immobile, résistante. Le doigt n'en contourne pas la partie supérieure.

5 avril, matin. — Le prolongement iliaque s'est étendu au point d'affleurer presque l'arcade crurale. Nous nous décidons, non sans hésitation, à l'inciser par la région iliaque. Traversée du péritoine libre. Catguts reliant le feuillet pariétal du péritoine à l'épiploon adhèrent à ce plastron. Rasant ensuite le péritoine de la fosse iliaque, nous arrivons au delà du détroit supérieur à une grosse collection de pus fétide. Nous y introduisons aussi profondément que nous le pouvons un gros drain et nous ne suturons pas.

Pendant les huit jours suivants, disparition de la fièvre, amélioration de l'état général. Puis la température remonte progressivement entre 38° et 38°7 en même temps que reparaissent les troubles digestifs. L'écoulement du pus par le drain était de moins en moins abondant.

21 avril. — Situation parfaite du côté de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Disparition de tout empâtement et de toute douleur. La plaie est presque entièrement cicatrisée autour du drain qui est progressivement expulsé. Toucher rectal : la voussure qui avait très notablement diminué après l'intervention s'est reproduite et paraît plus volumineuse que jamais ; bien que la température n'atteigne que 37°9 et le P. 90. Incision le soir même par voie prérectale. Ecoulement d'une quantité abondante de pus fétide. Gros drain non perforé dans la cavité. Deux petites mèches dans la plaie. Depuis, les suites ont été parfaites à tous égards.

Plus de température au-dessus de 37°4. P. oscille quelques jours autour de 90. L'appétit deux jours après l'intervention reprit très intense et tous les troubles digestifs ont cessé. Les mèches ont été retirées le cinquième jour, lors de la première selle. Plaie très rapidement rétrécie autour du drain qui n'a pas été enlevé et qu'on a raccourci prudemment au fur et à mesure de son expulsion. Le malade se lève et s'assied sur un fauteuil depuis le 12 mai pour éviter toute stase pulmonaire.

Observation 48. — Toubert, Soc. chirurgie. 22 mai 1907. — Le 2 février 1907 entrait dans mon service de l'hôpital militaire de Montpellier le soldat F... évacué d'un service de médecine où il était en traitement depuis le 22 janvier.

Début par un point douloureux de l'hypochondre droit, très subitement, avec vomissements et état syncopal. Le diagnostic fut d'abord, coliques hépatiques. L'abdomen tout entier était très douloureux et la palpation impossible surtout entre la crête iliaque et les fausses côtes du

côté droit. Diète absolue et ultérieurement, glace sur l'abdomen. Diagnostic : coliques appendiculaires.

Le 1er février, appelé pour l'examiner au point de vue vésical, je constatai par l'exploration de l'urèthre que les phénomènes récemment apparus de dysurie et de rétention d'urine étaient dus à une déformation du canal, dont la portion prostatique était déviée dans une direction telle que seule la sonde à béquille pouvait permettre d'entrer dans la vessie pour l'évacuer.

En outre le toucher rectal me fit constater à 7 ou 8 centimètres de l'orifice anal, une tuméfaction bombant en demi-sphère sur la paroi antérieure du rectum et répondant au cul-de-sac de Douglas. Les phénomènes locaux ne s'étant pas amendés, le 2 février, malgré l'emploi de suppositoires, lavements et bains de siège chauds, je me décidai le 4 à intervenir, le malade souffrant atrocement. J'avais le choix entre la voie périnéale et la voie rectale. Je ne songeai pas un instant à la voie abdominale, non seulement parce que, en principe, préférant opérer l'appendicite à froid, je n'avais pas pour but la résection de l'appendice, mais simplement l'ouverture d'un abcès, mais encore et surtout parce que, en l'absence d'un plastron iliaque ou hypogastrique, j'avais à craindre d'ouvrir la grande cavité péritonéale avant de tomber sur l'abcès pelvien. Je renonçai à la voie périnéale parce que, malgré le refoulement de la prostate en avant, révélée par l'exploration de l'urèthre prostatique, je sentais, en combinant le cathétérisme au toucher rectal que la tuméfaction tendait à bomber plutôt vers le rectum qu'à proéminer vers le périnée. Le cul-de-sac de Douglas peut en effet varier notablement de profondeur suivant les sujets ainsi que l'ont établi les recherches de Ludlow et de Gérard Marchand à propos du prolapsus du rectum et celles de Mauclaire à propos du drainage prérectal.

L'opération par voie rectale fut idéalement simple. Après chloroformisation et dilatation du rectum, je pus facilement *inciser en croix* la paroi rectale antérieure bien exposée, évacuer l'abcès pelvien qui contenait trois litres de pus de couleur chocolat, fétide et mêlé de grumeaux et introduire trois gros drains accolés. A son réveil, le malade éprouva un bien-être inexprimable et il entra pour ainsi dire aussitôt en convalescence. Les drains furent supprimés au cinquième jour. *Il sortait du pus avec les matières fécales pendant deux semaines*, puis tout symptôme pénible disparut.

Le 19 mars, le malade quittait l'hôpital et promettait d'y revenir deux mois après pour subir l'appendicectomie à froid. Je compte pratiquer cette opération très prochainement.

ENFANTS

Observation 49. — Broca. rapportée par Mlle Gordon (résumée). — André M..., 3 ans 1/2. Bonne santé habituelle, n'a pour ainsi dire jamais été à la selle sans lavement.

Hérédité artério-sclérose. Toujours alimenté avec soin. Pour combattre la constipation on lui a fait manger ces derniers temps des raisins en quantité notable.

Le 17 septembre 1895, en jouant, il est pris brusquement de douleurs abdominales vers l'ombilic et d'un vomissement alimentaire. Il se remet assez bien. Le soir, temp. 39°4. Dès le lendemain, ballonnement considérable du ventre. Météorisme reste toujours intense. Un médecin constate une accumulation de matière dans l'S iliaque et obtient la débâcle à l'aide de l'évacuation digitale du rectum. Suivent des matières très abondantes liquides, d'une horrible fétidité. T. 39° à 40°.

Depuis la débâcle l'enfant boit bien et va bien à la selle.

M. Broca est appelé d'urgence le 27 septembre. Le 28, ventre énorme. Rien d'appréciable par la palpation et la percussion. Pas de méningite. Pas d'épanchement liquide dans le ventre. Rien dans la poitrine. P. 120°-140°. *Rien par le toucher rectal.* Cependant, l'un des médecins traitants dit avoir trouvé quelques jours auparavant une *nodosité dure vers le détroit supérieur gauche.*

Opération le même jour. Laparotomie médiane. Entrée du péritoine non adhérent ; intestin grêle un peu rouge. Très distendu. En bas, près de la symphise, énorme poche, *remplissant tout le petit bassin*, d'où il sort des gaz, puis du pus. Le doigt y sent l'appendice accolé contre le détroit supérieur à droite, un peu *au-dessus* de lui.

Lavages. Drains, suture attentive du péritoine. Mort le lendemain.

Observation 50. — Rocher, rapportée par Perreaux (résumée). — Camille B..., 5 ans 1/2 entre le 24 décembre 1904 dans le service du docteur Piéchaud. Parents bien portants. Une enfant morte de méningite.

Né avant terme à 8 mois 1/2, allaitement maternel jusqu'à 17 mois.

A quatre ans rougeole.

Dans la nuit du 20 au 21 décembre, fortes coliques, besoins d'aller à la selle sans résultat.

Le lendemain, trois lavements sans résultat. 0 gr. 30 de calomel sans résultat. Vomissements alimentaires. T. élevée. Urines rares, rougeâtres.

Ventre ballonné, douloureux. P. de M. Burney.

Le 23, glace.

Le 24, ventre très ballonné. Pas de rougeurs abdominales. Pression

douloureuse partout. Nulle part submatité ni empâtement. Tympanisme exagéré dans les flancs et hypochondres. Limite de matité du foie, remontée au-dessus du rebord costal.

Toucher rectal. Tuméfaction assez étendue, douloureuse, fixe, occupant toute la largeur du bassin, en avant de la paroi antérieure du rectum, comprimant celui-ci contre le sacrum.

A son pôle inférieur une anse intestinale roule très nettement sous le doigt et rappelle l'anse sigmoïde. Pas de fluctuation.

Etat général grave. R. 50 à la minute. P. régulier, un peu rapide 80 à 90. T. 37°6. Yeux cernés. Langue saburrale sur les bords.

Depuis le début ni selle, ni gaz en quantité appréciable.

Lavement électrique le 24 après midi. Dégagement considérable de gaz et selle abondante de consistance et de couleur normale. Diète hydrique. Glace. Deux heures après, deuxième selle moins abondante. Urines. Albumine et indican.

Après-midi. T 37°6. P. 88, filant, filiforme. Nuit bonne.

Le 25, à 1 heure du matin,, T. 37°3, à 9 heures, T. 37°4 Thé glacé. Pas de vomissements. Deux injections de sérum de 100 cc. Nuit mauvaise.

Le 26, à 8 h. 1/2, abdomen très tendu, douloureux, pas de selle. Lavement glycériné, amène plusieurs selles très liquides. N'urine que s'il est sondé. T. 37°6. P. 100. R. 43. Injection de 0 gr. 07 de caféine. Nuit agitée.

Le 27, T. 37° 4. P. 94. R. 40. L'enfant est calme. Vomissement glaireux peu abondant. Rétention d'urine. Urines en 24 heures : 250 grammes. Injection 0 gr. 07 de caféine. Enveloppements ouatés des membres inférieurs. Le ventre est un peu plus souple que les jours précédents. Facies meilleur. Aucun foyer de péritonite dans la fosse iliaque droite.

A 5 h. 1/2 de l'après midi, lavement glycériné qui amène dans la nuit plusieurs selles peu abondantes et très liquides. Nuit meilleure. Rétention d'urine.

Le 28, T. 37°3. P. 100 R. 40. Lavement électrique Petites selles très liquides. Examen du sang au point de vue de la leucocytose : 76,4 0/0 de polynucléés et 22,6 0/0 de lymphocites.

Urines deviennent très troubles, semblent contenir du pus comme si le foyer pelvien s'était ouvert dans la vessie. Néanmoins elles ne renferment ni globules de pus, ni microbes. Pas de phénomènes de cystite.

A partir du 1er janvier, la température n'oscille plus qu'entre 36°9 et 37°4. Glace enlevée. Une cuillerée d'huile de ricin tous les jours. Mictions spontanées.

Convalescence à partir du 5 janvier. Néanmoins, on sent toujours dans l'excavation pelvienne une tuméfaction très appréciable qui, quoiqu'ayant très notablement diminuée depuis le début de l'affection se sent encore, surtout du côté droit.

Dans les fosses iliaques on ne sent ni tuméfaction, ni induration. M. Burney indolore.

Le malade sort le 19 janvier guéri, avec un excellent état général.

Observation 51. — M. Routier, Soc. de chirurgie, 1er mai 1907. — Le 13 mars 1906, j'étais appelé par un de mes confrères auprès d'un petit malade, âgé de 10 ans que j'avais déjà vu avec lui pour une crise subaiguë d'appendicite, quinze jours auparavant.

Il avait d'abord semblé qu'on devait attendre le refroidissement de sa crise pour l'opérer, mais malgré un traitement strict, et après amélioration des plus nettes, il avait été repris de violentes douleurs abdominalet siégeant à droite et à gauche, avec ballonnement. Les mictions étaiens devenues très fréquentes et douloureuses, et il ne rendait chaque fois que quelques gouttes. L'anus était douloureux, béant et la paroi rectale formait une vraie rectocile. On sentait facilement la fluctuation entre le doigt rectal et la main sus-pubienne.

Dans ce cas, je jugeai que l'incision périnéale serait une vraie complication et je pratiquai tout simplement une assez longue incision verticale sur la paroi anétrieure du rectum qui se présentait à la vue. Il sortit plus d'un litre de pus fétide. J'introduisis deux drains dans cette incision et pratiquai un fort lavage au permanganate, puis je calai mes deux drains avec deux mèches, le tout, drains et mèches, sortant par l'anus. Le lendemain l'apyrexie était complète et il se produisit une forte débâcle intestinale.

L'enfant était cryptorchide à gauche. Il avait accusé un peu de douleur de ce côté. Six jours après mon intervention, il avait manifestement un abcès qui, descendant du canal inguinal, avait envahi toute *sa bourse gauche*. Je l'incisai, il fut lavé à l'eau oxygénée. Je ne vis ni ne sentis son testicule. Le tout guérit très rapidement. Le 26, l'enfant se levait, il n'avait plus ni drain, ni mèche depuis huit jours. *La guérison avait été beaucoup plus rapide que chez un malade opéré le même jour qui avait été traité par l'incision prérectorale.*

Observation 52. — Hartmann et Reymond, Association française d'urologie.—Gaston M..., âgé de 16 ans, serrurier, entre le 28 avril 1897 à l'hôpital Bichat, salle Bazin, dans le service de M. Roques.

Les antécédents héréditaires du malade sont sans intérêt. Lui même jouit en général d'une bonne santé. Il a eu la scarlatine à l'âge de 5 ans. N'a jamais présenté aucun accident urinaire et n'a jamais été sondé. Le

malade ne donne que des renseignements peu précis sur le début de l'affection dont il souffre aujourd'hui.

Depuis un mois environ, il se sentait mal à l'aise, avait des douleurs qu'il attribuait à une courbature et qui l'obligèrent à plusieurs reprises à interrompre son travail. Il y a quinze jours, sous l'influence d'un effort en soulevant un panier rempli de fonte, il aurait brusquement ressenti dans l'abdomen une très vive douleur, une impression de déchirure profonde.

Au moment de son entrée, le malade a de la diarrhée, des vomissements, une température qui oscille entre 38° et 39°. On croit un instant qu'il s'agit d'une grippe à forme gastro-intestinale, mais l'attention est attirée par quelques très légers symptômes vésicaux, rétention, suivie d'un peu de fréquence de miction. Cet enfant n'a jamais été sondé, n'a jamais eu de blennorrhagie, n'a présenté aucun symptôme d'affection des reins, de la vessie ou de l'urèthre. Pas d'albumine en quantité appréciable. Pas de trace de sang. Les urines sont claires et de couleur normale.

D'autre part, on constate entre la vessie et le rectum, la présence d'une d'une grosse collection.

Le malade est admis le 8 mai en chirurgie, dans la salle Jarjavay.

A ce moment, le malade se plaint de vives douleurs abdominales. Celles-ci sont continues, avec exacerbations nocturnes et crises pendant lesquelles le malade ne peut retenir le liquide diarrhéique qui s'échappe par l'anus. Le ventre est ballonné, mais présente malgré ce ballonnement, une saillie à la partie inférieure. La pression est douloureuse dans toute cette région, douloureuse aussi en un point situé au milieu de l'arcade de Fallope du côté gauche. La percussion détermine de la sonorité sur toute la région abdominale. Le toucher rectal permet de reconnaître une collection, remplissant le cul-de-sac vésico-rectal, comprimant le rectum, ne pouvant être en haut limité par le doigt et paraissant correspondre à la masse sous-ombilicale qu'on sent par le palper.

Les symptômes généraux restent les mêmes.

Recueillies aseptiquement les urines du malade montrent après centrifugation ou repos après la miction quelques leucocytes et quelques cellules épithéliales, et de très rares bactéries qui se décolorent par la méthode de Gram.

Les cultures de cette urine furent faites sur bouillon, gélose et gélatine. Trois gouttes d'urine étendues sur un tube de gélose donnent en moyenne vingt foyers de culture. Chacun d'eux contient du *bacterium coli* à l'état de pureté.

L'urine est prise aseptiquement dans la vessie une seconde fois avant l'opération et cultivée à nouveau. Ce second examen confirme le premier.

Le malade est opéré le surlendemain de son entrée dans le service de chirurgie par M. Hartmann. Il est chloroformé.

On pratique une incision sus-pubienne médiane. Le péritoine est ouvert avec précaution ; puis on suit la face postérieure de la paroi abdominale antérieure ; ensuite la face postérieure de la vessie, décollant à mesure les anses d'intestin qui y adhèrent. C'est ainsi qu'on arrive à une vaste collection suppurée qui se trouvait être limitée en haut par l'accolement des anses intestinales. Cette collection a tous les caractères de celles que fournissent les appendicites.

La poche purulente est largement drainée.

Les suites furent aussi satisfaisantes qu'il est possible. La température revenait dès le lendemain à la normale. Les douleurs cessaient. L'état général s'améliorait rapidement. Le drain d'abord diminué de longueur fut ensuite supprimé complètement.

Le malade sortait trois semaines après l'opération. Depuis, il a été revu et sa santé reste bonne.

L'urine a encore été examinée deux fois ; tout de suite après l'opération, elle contient encore du bactérium coli à l'état de pureté. Dix jours après, elle est stérile.

Au cours de l'opération, le pus a été pris en pipette, examiné et cultivé. Il contient une foison de microorganismes dont un streptocoque, un staphylocoque blanc, plusieurs cocci et bacilles non déterminés et enfin du bactérium coli qui va comme toujours prendre une grosse importance dans les cultures, mais qui dans le pus ne paraît pas être en quantité considérable par rapport aux autres espèces.

Observation 53. — Pauchet rapportée par Perreaux-H.. d'Harbonnières, 7 ans, atteint d'appendicite depuis douze jours T 38° environ. Toucher rectal : masse bombant vers l'intestin. Ventre un peu ballonné. Je ne sens pas l'abcès iliaque. Incision iliaque droite. Evacuation d'un gros abcès. Contr'ouverture rectale. Guérison complète au bout d'un mois malgré une poussée très grave de purpura hémorragica.

Observation 54. — Morestin rapportée par Magniez.

Garçon d'une dizaine d'années.

Incision médiane sus-pubienne. Abcès du volume d'un gros œuf. Appendicectomie. Drainage abdominal. Guérison.

Observation 55. — Weiss. — Mlle D... âgée de 13 ans. Appendicite pelvienne à siège non diagnostiqué.

Incision sur le bord externe du droit. Pus dans le petit bassin. Appendicectomie. Drainage abdominal. Guérison.

L'ABCÈS BI-ILIO-PELVIEN

Anatomie pathologique. — L'abcès bi-ilio-pelvien représente la synthèse des deux abcès ilio-pelviens droit et gauche. Certains auteurs ont appelé cette forme *pelvi-bi-iliaque*, entendant donner à cette nomenclature la signification d'un point de départ pelvien. Et en effet la marche de ces abcès est quelque peu obscure. L'infection s'est-elle propagée directement d'une fosse iliaque à l'autre pour envahir ensuite le petit bassin ? Partie de la fosse iliaque droite, s'est-elle d'abord développée dans le pelvis pour remonter ensuite dans la fosse iliaque gauche ? Partie du petit bassin a-t-elle envahi simultanément les deux fosses iliaques ?

Nous ne pensons pas qu'une discussion toute théorique sur ces points puisse présenter un gros intérêt pratique. Cependant il nous paraît plus logique d'admettre, qu'étant donné le siège habituel de l'appendice dans la fosse iliaque droite on peut considérer comme le plus fréquent le point de départ de l'infection dans cette même fosse iliaque. L'ensemencement se fera-t-il en descendant puis remontant ? Nous penserons plus volontiers qu'il est contemporain. En effet aucune observation ne peut nous fournir de documents précis sur lesquels étayer une théorie quelconque sur la marche de l'infection et d'autre part il nous paraît difficile d'admettre que les germes pathogènes choisiront un chemin plutôt qu'un autre pour se diffuser. Les mouvements de l'intestin se chargeront de les aider à circuler en tous sens et seules des dispositions anatomiques, variables avec chaque sujet, provoqueront une marche variable avec chaque cas. Il nous

paraît donc impossible de systématiser la progression de l'abcès. Disons seulement que les trois modalités, quant à la marche de l'infection, pourront être rencontrées.

L'essentiel d'ailleurs est de connaître cette forme *en trèfle à trois feuilles*, en *champignon*, suivant les comparaisons des auteurs.

Etiologie. — La fréquence relative de celle-ci est modeste : 9 cas sur 88, soit une moyenne de 10,11 0/0. Sur ces 9 observations 8 concernent le sexe masculin : 1 nourrisson, 3 jeunes garçons, 4 adultes et une seule jeune fille. La fréquence beaucoup plus grande chez l'homme continue à s'affirmer.

Les dimensions de l'abcès sont ici fort grandes et la quantité de pus qu'il contient est toujours très importante. Nous n'avons aucun renseignement sur la nature des éléments bactériens qu'il renferme. Les lésions anatomiques de l'appendice sont encore ici très variables.

Toujours nous notons des crises appendiculaires antérieures. Ce fait nous paraît toujours mériter d'être signalé.

Symptomatologie. — Les signes généraux fournis par ces collections sont presque toujours importants et graves : température élevée, du moins au début. On note fréquemment une tendance au refroidissement précoce des sujets. T. 36°8, obs. 61 ; 37°5 le soir, obs. 56 ; 37°4, obs. 59, qui a pu en imposer pour le diagnostic de péritonite tuberculeuse (obs. 56).

Le facies est souvent dit péritonéal (obs. 64, 61, 63, 58, 59). L'état du sujet est dit aussi : « lamentable », obs. 62. Tantôt le pouls suit la température tantôt il est franchement dissocié, filant.

Localement, la douleur est brusque, prédominant tantôt à droite, tantôt à gauche. Il est exceptionnel que la fosse iliaque droite soit indolore, point important pour le diagnostic étiologique.

Les modifications de coloration de la peau ne sont pas rares. Parfois on note un développement considérable d'une circulation collatérale veineuse sur l'abdomen (obs. 64), des marbrures rouges sur la peau du ventre et des régions inguinales. La rou-

geur peut aussi être diffuse. La peau présente parfois de l'œdème en regard des collections iliaques. Le ventre est, généralement, partiellement augmenté de volume.

La palpation met en évidence l'empâtement profond correspondant à une défense musculaire parfois très prononcée. Matité dans les régions correspondantes.

Les phénomènes urinaires sont ici prédominants. Souvent le cathétérisme seul parvient à évacuer la vessie.

Le ténesme rectal et la pseudo-obstruction intestinale sont de règle. Parfois même les malades sont passés en chirurgie à cause de ce seul signe (obs. 56-58). Celui-ci est des plus heureux car il invite à pratiquer le toucher rectal qui met en évidence la présence d'une masse rénitente, distendant la paroi rectale antérieure, obstruant ce conduit, et déterminant vraisemblablement par sa seule présence des besoins insatisfaisables de défécation.

Diagnostic. — La présence de cette tuméfaction sera d'un grand secours pour l'établissement du diagnostic.

Les phénomènes péritonitiques imposent immédiatement une décision à prendre. Le péritoine est infecté, cela ne fait pas de doute. Mais quelle est la cause de l'infection ? Celle-ci n'est pas toujours aisée à préciser et la laparotomie pratiquée alors ne constitue guère qu'une intervention exploratrice. Or le malade a grand intérêt à ce que l'origine de la péritonite soit nettement précisée. En effet la conduite ne sera pas la même si l'on a affaire à une collection bi-ilio-pelvienne, une invagination intestinale ou une péritonite tuberculeuse.

Nous avons vu que le symptôme prédominant est l'obstruction intestinale. Il s'agit d'en reconnaître la cause. Sur ce point la notion de crises appendiculaires antérieures éclaire le diagnostic d'une lueur précieuse. La douleur et la défense musculaire, même peu marquées, localisées au voisinage du point de Mac Burney, même un peu au-dessous, feront pencher les conclusions en faveur de l'appendice.

En ce qui concerne la péritonite tuberculeuse, l'étude minutieuse des *antécédents* du sujet, l'auscultation soigneuse de ses

poumons, la palpation méthodique des principaux relais ganglionnaires donnent des renseignements qui paraissent suffisants pour éliminer les causes d'erreur.

Avec le toucher rectal joint à la palpation hypogastrique, il est loisible d'apprécier l'étendue de l'envahissement purulent. Dans le cas de défense extrême de la paroi abdominale, cette réaction fera soupçonner l'envahissement des régions correspondantes par le pus.

Traitement. — En présence de ces phénomènes inquiétants il faut intervenir rapidement. Le clinicien a conscience que l'énorme agglomération du pus cherche une issue. Il craint que celle-ci ne se produise vers le haut, dans l'abdomen.

Les interventions pratiquées par voie haute ne semblent pas avoir toujours été très heureuses. Trop souvent la péritonite généralisée en a été la conséquence.

Il y a donc ici indication formelle d'intervenir par voie basse.

Nous avons exposé les raisons qui militent en faveur de l'incision du rectum. C'est cette voie si simple que nous choisirons.

Aussitôt après l'avoir suivie, on voit, si l'on peut dire, le malade renaître. On voit son facies se détendre, ses yeux reprendre de l'éclat, ses téguments retrouver leur teinte normale. Tout chirurgien qui, se débarrassant un instant de ses idées préconçues et justifiées par ailleurs, contre le rectum, aborda une fois la collection par cette voie, devient franchement partisan de la suivre toujours et les succès qu'elle lui procure le fortifient de jour en jour dans sa manière de procéder.

La laparotomie lui permettra un ou deux mois après l'évacuation du pus de procéder à l'ablation de l'appendice, ou de ce qui en reste, par l'abdomen. Comme toujours il nous paraît imprudent de compter sur l'élimination de l'appendice concomittante à l'évacuation du pus.

Voici résumés, les résultats fournis par nos observations :

1 Incision iliaque droite, déchirures intestinales : mort;

1 Laparotomie médiane, péritonite généralisée : mort;

2 Laparotomies médianes : 2 guérisons sans incident;

1 Laparotomie médiane, déchirure de la vessie : guérison en deux mois, fistule vésicale ;

1 Drainage abdomino-rectal : guérison ;

2 Incisions du rectum « suites d'une simplicité extraordinaire » : 2 guérisons ;

1 Double incision iliaque, drainage bilatéral : guérison, fistule stercorale ;

Ainsi donc, dans 6 cas, la laparotomie latérale ou médiane a donné 2 décès, 2 guérisons sans incident, 1 guérison avec fistule vésicale, 1 guérison avec fistule stercorale.

Le drainage abdomino-rectal pratiqué une fois a donné 1 guérison.

Les deux ouvertures par le rectum ont donné 2 guérisons.

Dans le cas où les phénomènes abdominaux obligeront à aller examiner la grande cavité péritonéale, nous donnerons la préférence à la laparotomie médiane avec drainage abdomino-rectal. Nous avons déjà exposé les raisons de notre choix.

ADULTES.

Observation 56. — Sieur, Soc. chir., 1er mai 1907. — Le zouave P... a perdu un frère à l'âge de 9 ans de méningite ; lui-même, il y a trois ans, a eu une fluxion de poitrine, et depuis lors il s'enrhume facilement. Ayant assez fréquemment des troubles intestinaux, il est pris à la fin de janvier 1905 de coliques légères avec nausées, mais sans vomissements. Comme il est constipé, on lui donne un purgatif qui produit une débâcle et calme les coliques. T. vespérale 38°. Il reste ensuite plusieurs jours sans éprouver de douleurs, mais avec tendance à la constipation. Cette dernière s'accentuant, on administre un second purgatif qui est le point de départ de coliques violentes sans localisation précise. De nouveau, la température s'élève à 38° et le malade est évacué sur l'hôpital. Admis tout d'abord dans un service de médecine, on songe au diagnostic d'appendicite, mais on y renonce en raison de l'ensemble des signes présentés par le malade. La température vespérale atteint à peine 37°5. P. 72. L'amaigrissement est extrême, les yeux sont encavés et les pommettes saillantes. Le ventre est tendu, surtout dans la région hypogastrique où se sont localisées les douleurs, et il existe une constipation opiniâtre.

Au bout de 8 jours, le 13 février 1905, il est évacué dans mon ser-

vice, parce que, depuis 2 à 3 jours, le malade est dans l'impossibilité d'aller à la selle.

Au moment de son entrée, je constate que sa température est normale et son pouls à 70. Le ventre est volumineux, tendu, tympanisé sur le trajet du gros intestin, dur et résistant dans la région sous-ombilicale, avec sensation de cordon volumineux siégeant dans les deux fosses iliaques. Par le palper on sent une masse qui occupe tout le petit bassin, et remonte jusqu'à l'ombilic, à surface irrégulière, mate en certains points, sonore sur d'autres, avec légère sensation de flot d'une fosse iliaque à l'autre. Ce qui gêne le plus le malade, c'est un besoin presque permanent d'aller à la selle et qu'il lui est impossible de satisfaire, car tous ses efforts aboutissent à l'émission de quelques gaz et de matières ovillées en très petite quantité.

Le toucher rectal montre que la paroi antérieure du rectum refoulée en bas et en arrière, et que tout le bassin est rempli par une masse résistante qui ne donne pas la sensation de fluctuation, mais qui permet à la main, placée au niveau de l'ombilic, de percevoir l'impulsion produite par le doigt introduit dans le rectum.

Après quatre jours d'observation, au cours desquels les accidents d'obstruction intestinale, l'amaigrissement et le volume du ventre n'avaient fait qu'augmenter, je me décide à intervenir, persuadé que j'avais à faire à une forme de péritonite tuberculeuse assez fréquente dans l'armée. Supposant que la vessie était fortement déplacée, je prends soin de la vider, et après anesthésie, je fais une incision médiane sous-ombilicale. A égale distance de la symphise pubienne et de l'ombilic, je rencontre l'ouraque, et me guidant sur lui, je cherche à ouvrir avec ménagement le péritoine pariétal, quand je m'aperçois que la vessie vient d'être déchirée sur un centimètre d'étendue. Deux surjets au catgut fin ne comprenant que la fibro-muqueuse aveugle aussitôt cette déchirure, et me guidant alors sur la vessie, j'effondre avec le doigt le péritoine pariétal qui est infiltré, épaissi et adhère aux anses intestinales, lesquelles sont unies entre elles et forment un véritable bloc. Insinuant l'index entre les anses et cherchant à me porter vers la cavité du bassin, je ne tarde pas à donner issue à un flot de pus d'odeur caractéristique, indiquant qu'il s'agit d'un énorme foyer appendiculaire. La poche occupe en effet toute la cavité du bassin, comprimant le rectum en arrière, la vessie en avant, et refoulant en haut les anses grêles qui, par leur union, forment une sorte de dôme. Un grand lavage au sérum chaud enlève tout le pus et les débris fibrineux qui s'y trouvent accumulés, et deux drains accouplés du volume du pouce en assurent le drainage.

La guérison s'est faite en moins de deux mois sans autres inci-

dents qu'une fistulette vésicale, qui se tarit d'elle-même en quelques jours.

Observation 57.— Guinard. Soc. chir., 22 mai 1907.— J'ai encore dans mon service un garçon boucher de 21 ans, Léon B... Il m'est arrivé le 17 avril dernier avec un volumineux abcès consécutif à une première crise d'appendicite datant de dix jours.

L'abcès occupait la fosse iliaque droite, tout le petit bassin et s'étendait à la fosse iliaque gauche. Il bombait fortement par le rectum, derrière la vessie qu'il comprimait en avant. Je fis encore ici une incision sur la paroi antérieure du rectum : issue d'un litre au moins d'un pus très fétide. Pas de lavage. Gros drain en T Le soulagement fut immédiat et les suites sont d'une simplicité extraordinaire, malgré l'état fort précaire du malade à son entrée.

Observation 58. — Monod *in* Termet et Vauverts. — Jeune homme de 19 ans, journalier, sans antécédents héréditaires et de bonne santé antérieure. N'a jamais eu d'attaque, de douleurs abdominales pouvant faire penser à l'appendicite.

Le 26 janvier 1894, à 7 heures du soir, réapparurent brusquement des douleurs abdominales très vives qui forcèrent le malade à s'aliter. Les douleurs persistèrent généralisées à tout le ventre, mais avec maximum dans la région sous-ombilicale. La nuit fut très agitée, le sommeil impossible et le malade eut à plusieurs reprises des vomissements alimentaires.

Pendant les jours suivants, les phénomènes douloureux gardèrent la même intensité et le ventre se ballonna ; mais les vomissements ne se reproduisirent pas. Fièvre, lassitude. La constipation était absolue et la miction difficile.

Le 29 janvier au soir, le malade est transporté dans le service de M. Debove à l'hôpital Andral où il resta quinze jours. On lui administre d'abord un purgatif qui amène une débâcle, et on le met au régime lacté.

Pendant son séjour à Andral, le malade a de l'insomnie et de la fièvre, 38° à 39°,5. Il va à la selle régulièrement. Les douleurs abdominales diminuent d'intensité. Elles se localisent d'abord dans la fosse iliaque droite, puis apparaissent dans la fosse iliaque gauche.

Le malade est transporté le 13 février à l'hôpital St-Antoine et placé dans le service de M. le docteur Monod.

A ce moment son état est le suivant :

Dans le décubitus dorsal, il ne souffre pas, ce n'est que rarement qu'apparaissent quelques élancements dans la fosse iliaque gauche. L'abdomen est uniformément distendu. La peau est de coloration nor-

male, sauf au-dessus de l'arcade crurale gauche où elle est rosée. A la palpation, on constate que la région sus ombilicale n'est pas douloureuse. Il existe une légère sensibilité à la pression des régions de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre ; le moindre attouchement de la fosse iliaque gauche est extrêmement douloureux, mais on ne trouve en ce point qu'un empâtement sans fluctuation appréciable. Cette dernière région est nettement mate à la percussion. Dans la fosse iliaque droite existe de la submatité et plus haut une sonorité très superficielle. Pas de vomissements. Constipation qui a toujours cédé à l'emploi des laxatifs ou des lavements. La T. 37° le matin, 38° le soir. Le pouls est régulier, ample, peu fréquent. Urines uratiques. Facies pâle, fatigué. Yeux excavés.

Opération le 14 février. Incision dans la fosse iliaque gauche analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque externe. Ecoulement abondant de pus épais, un peu fétide, 300 grammes environ. En introduisant l'index dans la plaie, on pénètre dans le petit bassin. A la partie supérieure de la poche, on rencontre un dôme formé par la masse molle de l'intestin. Lavage à l'eau boriquée tiède.

Deuxième incision, analogue à la précédente dans la fosse iliaque droite, écoulement de pus. Les foyers droit et gauche communiquent largement. Lavage à l'eau boriquée. Drainage bilatéral. Pansement iodoformé.

Suites. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Le 16 février lavement. Des matières fécales sortent par la plaie gauche. Grande irrigation dans la plaie d'où il s'écoule des matières jaunâtres liquides en grande abondance.

Le 9 mars, l'incision droite est cicatrisée, la plaie gauche continue à suppurer, mais il ne s'écoule plus de matières intestinales, puis la fistule purulente se ferme complètement.

Observation 59. — Monod *in* Termet et Vauverts. — Jeune homme de 19 ans, est pris brusquement dans la nuit du 18 au 19 mars 1893 d'une vive douleur dans le ventre. La veille et les jours précédents, le malade avait été à la selle régulièrement. Le 19 mars, selles noirâtres, le 20 douleurs dans l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Vomissements verdâtres peu abondants, pas de selle, fièvre.

Au moment de son entrée, 22 mars, l'état est le suivant :

Facies grippé, langue saburrale. T. 37°5. P. 96. Ventre douloureux et ballonné, empâtement très douloureux à la pression, et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Matité à ce niveau. Glace intus et extra. Lait. 0 gr. 05 d'extrait d'opium.

23 mars. — Hoquet. Pas de vomissements. T. 37°5, 38°.

24, 25, 26 mars. — Amélioration. La douleur et le ballonnement diminuent. La tuméfaction de la fosse iliaque droite est moins marquée. Selle spontanée. Quelques vomissements. Facies meilleur. T. 38°, 38°5. Pas de pus dans les selles

27 mars. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

28, 29 mars. — Etat stationnaire. Selles. Quelques vomissements. On ne retrouve plus de tuméfaction péricœcale.

30 mars. Aggravation, douleurs abdominales plus vives. Météorisme très marqué. Langue sèche. Soif vive, facies très grippé Vomissements. Deux selles. On constate qu'il existe à gauche de l'ombilic de la douleur plus vive et de la submatité. La température qui était à 37° le matin monte à 39° le soir, pouls 120.

31 mars. — Facies péritonéal accentué. Sueurs froides et visqueuses, abondantes. Pâleur et refroidissement des extrémités. T. 37°,4. P. 120-130, irrégulier, petit. Respiration haletante, soif vive. Vomissements, ventre très météorisé et très douloureux surtout à gauche.

Laparotomie immédiate. Incision médiane au-dessous de l'ombilic. Dès l'ouverture du péritoine épaissi, écoulement d'un liquide séro-purulent. Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et du pus. La main, introduite dans la cavité péritonéale trouve à gauche une poche renfermant du pus fétide. A droite, vers le cœcum, poche fermée par des adhérences intestinales et renfermant du pus séreux.

On ne peut constater nettement les lésions du cœcum et de l'appendice. Lavage à l'eau bouillie. Mèches de gaze iodoformée dans les deux fosses iliaques et la portion médiane de l'abdomen. Suture incomplète de la plaie pariétale. Durée de l'opération 45 minutes (chloroformisation comprise).

Pas de choc opératoire, 1/2 heure après, le malade réveillé se trouve mieux. Soir à 4 heures T. 38°. P. petit 120. A 8 heures sueurs froides, nez pincé, extrémités glacées. P. imperceptible. T. 39°. Dyspnée. Vomissements verdâtres.

1er avril. — T. 38°8. P. 120. Vomissements nettement porracés, langue rosée, diarrhée jaunâtre, dyspnée, sueurs froides, connaissance complète. Injections de caféine et de sérum artificiel.

2 avril. — Aggravation. Mort à 3 heures du soir avec une température de 39°5.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans le petit bassin, vaste collection purulente recouverte par la masse intestinale adhérente au détroit supérieur. Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque gauche. Appendice de 3 centimètres de longueur situé en place normale Son extrémité gangrenée baigne dans le pus. Pas de corps étrangers.

Bactériologie du pus. — Streptocoques surtout. Staphylocoque blanc et un bacille qui n'a pu être classé. Pas de bactérium coli.

Observation 60. — Routier, Soc. chir., 1er mai 1907. — Jeune fille de 16 ans qui avait eu une première crise d'appendicite en janvier 1906.

Le 20 juillet, elle fut brusquement prise de douleurs, de vomissements, de ballonnement du ventre avec 40° et 140 pulsations. Je ne la vis que le 20 août. Elle avait 39°5, 120 pulsations, le ventre était dur, soulevé par une tuméfaction qui, partant de la fosse iliaque droite, allait dans la fosse iliaque gauche en montant au-dessus de l'ombilic. Elle avait un ictère intense, mais ne vomissait plus. Je pratiquai le toucher rectal et trouvai le petit bassin rempli.

Le lendemain matin, sans anesthésie, je pratiquai la dilatation de l'anus et après un fort lavage du rectum dont la paroi antérieure bombait sous nos yeux, je fis dans cette paroi, suivant la ligne médiane, une incision qui donna issue à plus d'un litre de pus infect.

Avec deux gros drains placés dans cette boutonnière, je pratiquai un fort lavage au permanganate et calai les deux drains avec deux mèches de gaze.

Les suites furent des plus simples. Le lendemain le ventre était souple, l'ictère s'atténuait, la fièvre était tombée. Le 23 août la malade était parfaitement guérie.

ENFANTS

Observation 61. — Th. Jacob. — Fernand C., 13 ans, a éprouvé en octobre 1897 une douleur abdominale vive avec vomissements au début,

Au bout de 48 heures tout est rentré dans l'ordre.

Huit jours plus tard, dans la nuit du 22 au 23, il se réveille avec une douleur vague dont il ne peut préciser le siège. Dans la journée, six vomissements. Lavements et purgatifs ne produisent aucun effet. Douleurs augmentent. Vomissements. Insomnie.

Entre à l'hôpital. T. 39°. P. 96. Diarrhée.

Le 26, facies grippé, ventre ballonné, douloureux partout, principalement à droite et dans l'épigastre. Submatité et empâtement dans la fosse iliaque droite. T. 36°8. P. 96 non dépressible.

Passage en chirurgie. Laparotomie latérale. Le péritoine ouvert, flot de pus bien lié, fétide. On aperçoit un paquet d'épiploon tuméfié, noirâtre et un appendice très épaissi passant transversalement au-devant du cœcum et contenant un corps étranger.

Appendicectomie, suture partielle de la plaie. Drains et mèche iodoformée.

Amélioration rapide. Le soir expulsion d'un lombric.

Le 29, de nouveau douleurs dans la région ombilicale et l'on constate l'existence d'une petite matité dans la région hypogastrique. Douleur et matité augmentent. T. remonte. Vomissements. P. rapide.

Le 3 novembre, ballonnement très marqué au creux épigastrique. Œdème de la paroi, surtout à la partie inférieure. Matité hypogastrique, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque gauche. T. 39°. P. rapide.

Le 4, laparotomie médiane. Anses intestinales agglutinées. Il s'échappe un flot de pus très fétide et le doigt pénètre dans une cavité, limitée en haut par les anses intestinales et occupant tout le bassin. Drainage iodoformé. Guérison le 26 novembre.

Observation 62. — Pauchet. Cong. fr. chir. 1904. — Le jeune G..., 11 ans. Crise d'appendicite il y a six ans.

Nouvelle crise depuis trois semaines. Etat lamentable. Masse énorme au toucher rectal. Incision iliaque droite ; flot de pus. Gros drain abdomino-rectal. Contr'ouverture à gauche et drain de 10 centimètres. Lavages à l'eau oxygénée pendant trois semaines. Cicatrisation complète en deux mois.

Observation 63. — Kirmisson. *Médecine moderne.*, 30 novembre 1904. — Garçon, 14 ans, habituellement très bien portant. Pris le mercredi 11 novembre au moment de déjeuner. Commence par se plaindre de l'estomac. Tisane chaude. Vomissements.

Le soir, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite.

Le lendemain, 20 grammes d'huile de ricin.

Le 13, vendredi, état aggravé. Malade notablement affaibli. Température très élevée.

Le soir, 39°1. P. 84. Traitement médical.

Lundi matin, aucune sédation dans les symptômes. P. 128. Ventre ballonné. Douleur intense, très superficielle.

Opération. Le bassin renferme une quantité modérée de pus. Appendice : large plaque de sphacèle, sans perforation. Excision sans difficulté. Défoncement des anses. Flot de pus jaunâtre, noirâtre et boueux de 500 à 800 grammes. Drainage et tamponnement.

La fièvre tombe immédiatement, on a pu très tôt alimenter le malade et sa convalescence paraît devoir être très rapide.

NOURRISSON

Observation 64. — (Résumée). Kirmisson et Guimbellot. — R... Eugène, 11 mois. Parents bien portants. Trois autres enfants, deux filles mortes l'une de coqueluche à dix-huit mois, l'autre de diarrhée infantile à vingt-deux mois.

Né à terme. Elevé au biberon. Pas de constipation habituelle, peut-être un peu de diarrhée.

Le 6 janvier 1906, l'enfant va à la selle pour la dernière fois vers 4 h. de l'après-midi. Dans la soirée il est grognon.

Dans la nuit, vomissement alimentaire. Le lendemain matin, ventre augmenté de volume Les douleurs persistent.

Pas de vomissements pendant deux jours. Constipation. Pas de matières sanglantes. Gaz ?

Le 9 janvier, après aggravation la veille de l'état général, l'enfant entre aux Enfants-Malades.

Examen. — Soixante heures après le début Développement énorme du ventre avec élargissement de la base du thorax. Peau de l'abdomen tendue. Veinosités bleuâtres. A gauche de l'ombilic, plaque rougeâtre de la dimension d'une pièce de 1 franc. Ombilic déplissé, mais non saillant. D'autres taches rouges au niveau des aines.

La palpation profonde est rendue impossible par la tension de la paroi abdominale. Pression douloureuse au maximum dans la fosse iliaque droite. Sonorité tympanique, avec diminution de la matité hépatique. Cependant, submatité dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal montre le rectum libre. Le doigt est seulement enserré par la pression des anses intestinales dilatées autour du rectum. Pas de collection perceptible. Le doigt ne ramène pas de matières. Un ou deux gaz.

Etat général très grave. Facies terreux, plombé, langue blanche et sèche. Malade dans la prostration. Dyspnée.

P. petit 120. Temp. rectale 39°2. Diagnostic hésitant entre appendicite et invagination intestinale.

Chloroformisation. Incision iliaque droite. Ecoulement de sérosité purulente d'odeur fécaloïde. On trouve facilement le cœcum et on attire l'appendice, très long, dépourvu d'adhérences, présentant à la partie moyenne une plaque sphacélée. Ligature au catgut à la base, résection. Friabilité du moignon. Le fil lâche. La recherche occasionne une déchirure péritonéale sur la paroi enflammée de deux anses grêles. Enfouissement à la soie. Drains dans le bassin et dans la région lombaire. Plaie tamponnée à la gaze.

Au niveau de la plaque rouge parombilicale, incision, d'où il sort également une sérosité purulente. Deux drains jusque dans la fosse iliaque gauche.

200 grammes sérum. Mort à 5 heures de l'après-midi. T. rectale 40°2. Opposition à l'autopsie.

Examen de l'appendice. — 6 à 7 centimètres de largeur. Vascularisé, augmenté de volume. Légèrement incurvé. Tache noirâtre ovalaire à

grand axe vertical de 1 centimètre sur 5 millimètres répondant à une portion renflée de l'appendice au tiers supérieur. Perforation complète en haut avec apparition d'une boulette fécale, en bas élimination de la muqueuse et de la musculeuse, la boulette apparaît en transparence sous la séreuse.

Deux autres perforations, beaucoup plus petites de part et d autre de l'insertion du méso.

A son tiers inférieur l'appendice présente un second renflement, qui répond à une augmentation de volume de la paroi elle-même, et non à la présence d'un corps étranger.

L'ABCÈS PELVIEN ÉTOILÉ

Nous n'avons trouvé signalée nulle part cette forme d'abcès appendiculaire qui paraît d'ailleurs excessivement rare. Nous n'en possédons que deux observations ; l'une d'elles cependant (obs. 65) est suffisamment nette, et la description de la collection fournie par son auteur est tellement précise, qu'il nous a paru que cette forme, quoique exceptionnelle, n'en méritait pas moins de retenir un moment l'attention.

Anatomie pathologique. — Nous lui avons réservé le nom d'abcès pelvien étoilé car sa forme générale affecte grossièrement la forme d'une étoile à trois branches à centre appendiculaire. L'une des branches plonge dans le pelvis et l'étude des deux observations semble démontrer que cette cavité fut la première envahie. Puis la collection se propageant dans l'abdomen s'y divise en deux diverticules : l'un se portant vers l'ombilic « occupe une situation généralement médiane », l'autre développé dans la fasse iliaque forme la troisième branche du système.

On conçoit aisément que la disposition d'un tel abcès corresponde à une quantité abondante de pus. Celui-ci présente toujours les mêmes caractères de fétidité, de coloration et d'aspect qui particularisent les collections d'origine appendiculaire.

Pas plus que dans les autres cas aucun examen bactériologique ne nous est parvenu.

Les rapports anatomiques de l'abcès découlent de sa disposition même : dans le pelvis, en avant vessie, en arrière rectum,

latéralement, parois pelviennes ; vers l'ombilic, en avant épiploon et paroi abdominale, en arrière et latéralement anses grêles : dans la fosse iliaque, en avant, cœcum et paroi abdominale, latéralement fosse iliaque interne.

Nos observations sont muettes sur l'état anatomo-pathologique de l'appendice. Une fois on ne l'a pas rencontré.

Etiologie. — Cette morphologie de l'abcès appendiculaire constitue une rareté : deux cas seulement sur 88, soit une moyenne de 2,24 0/0. Un cas concerne un jeune garçon de 11 ans, l'autre un adulte. Dans les deux cas, le sexe masculin est en cause.

Symptomatologie. — Dans les deux cas on note que les symptômes généraux présentés par le sujet sont très graves. La *température reste au voisinage de la normale* alors que le pouls est d'une fréquence exagérée, 118-124.

Les signes locaux seuls permettront d'établir le diagnostic. La douleur abdominale, à prédominance soit à droite, soit à gauche, jointe aux vomissements, met déjà le clinicien en garde et lui rappelle la possibilité de l'appendicite. La matité, l'empâtement, la résistance de la paroi abdominale lui signalent la présence d'une collection. Enfin le *toucher rectal* lève tous les doutes. Il montre la collection bombant dans le rectum qu'elle obstrue et dont « on craint l'ouverture spontanée ».

Les signes de réaction vésicale ne sont pas signalés.

Diagnostic. — Avec un tableau clinique si mal différencié, on conçoit la difficulté d'établir un diagnostic ferme. Seuls les signes fournis par la collection, joints à la notion de coliques et de vomissements, permettent de soupçonner que l'appendice est en cause.

Cependant quelle tentation n'a-t-on pas, en l'absence de température, à songer à un iléus ou à une obstruction intestinale. La colique de plomb a été elle aussi incriminée, et lorsqu'on se trouve, comme dans l'observation 66, en présence d'un individu chroniquement intoxiqué, l'erreur n'est-elle pas légitime ? La localisation du pus vers l'ombilic, entraînant la défense pariétale est bien faite pour aider à l'erreur. Encore ici nous voyons

l'importance du toucher rectal en présence de toute affection abdominale. Si celui-ci avait été pratiqué, vraisemblablement, il eût tranché le diagnostic.

Traitement. — Dans les deux cas, les chirurgiens, après avoir tenté de différer l'intervention, après avoir fortement hésité à suivre la voie abdominale s'y résalvent cependant.

L'état général des patients paraît cependant très précaire. Leur jeunesse seule donne quelqu'espoir de les sauver.

La laparotomie a cependant donné des résultats suffisants quoique dans les deux cas, la guérison ne se soit pas poursuivie sans incidents. Ne pouvait-on faire mieux ? et surtout ne pouvait-on courir infiniment moins de risques ?

Evidemment si. La simple ponction du rectum au bistouri, avec drainage consécutif aurait fait disparaître les signes inquiétants d'infection : dissociation du pouls et de la température, facies péritonéal.

Nous voyons la rapidité d'envahissement de l'abdomen par le pus. Alors que le 12 mai la collection pelvienne seule existait, le 13 au matin, la collection avait « doublé de volume du côté abdominal ». Les signes généraux avaient suivi l'envahissement du pus. La gravité du cas s'était accru dans des proportions considérables.

Si dès le 12 l'évacuation par voie rectale avait été pratiquée, le malade aurait subi 24 heures d'infection en moins. Son état général aurait été très amélioré le 13 mai. On peut dire que le patient se serait déjà trouvé en voie de convalescence.

Ce n'est pas à dire que l'on eût certainement évité les phénomènes d'obstruction intestinales apparus 44 jours après la laparotomie, quoique cet accident n'ait jamais été signalé après l'incision du rectum.

Mais dans le cas où ceux-ci seraient survenus, dans quelles conditions, infiniment plus favorables, ne se serait-on pas trouvé pour pratiquer dès ce moment une laparotomie, destinée d'une part à lever l'obstacle mécanique à l'écoulement des fèces, permettant d'autre part de traiter l'appendice, ou ce qui en restait, de telle sorte qu'il fût mis définitivement hors d'état de nuire.

Dans le cas où les accidents d'obstruction ne seraient pas intervenus, il eût été aisé d'attendre un mois ou six semaines avant d'intervenir par voie haute. Nous pensons avoir suffisamment montré que la laparotomie secondaire est indispensable pour mettre le sujet définitivement à l'abri de surprises fâcheuses.

Dans l'observation 66, où le toucher rectal n'est pas mentionné, celui-ci aurait évité certainement des hésitations. On assiste, pour ainsi dire, à l'ascension du pus dans la grande cavité abdominale, ascension qui eût été évitée par une incision du rectum pratiquée en temps opportun.

Nous voyons, consécutivement à l'intervention, apparaître une fistule stercorale. Ceci démontre une fois de plus le danger qu'il y a à manipuler des anses intestinales ayant subi depuis quelque temps le contact du pus. Ce danger est écarté lorsque la laparotomie, exécutée plus tardivement, a permis au tractus intestinal de retrouver toute sa vitalité.

Le pronostic de ces deux cas, trop peu nombreux pour qu'on en puisse tirer des conclusions fermes n'en a pas été moins bon et nous enregistrons que deux laparotomies médianes ont donné deux guérisons troublées l'une par des accidents d'obstruction intestinale, l'autre par l'apparition d'une fistule stercorale

ENFANTS

Observation 65. — M. le docteur Launay (inédite). — S... L..., âgé de 11 ans est malade depuis une huitaine de jours, sans avoir jamais eu de crise appendiculaire antérieure.

Son médecin, le docteur P..., le traitait pour gastro-entérite. La recherche des signes appendiculaires, avait toujours été négative. Le samedi 12 mai 1906, étant au collège, le petit malade ressent une violente douleur abdominale, accompagnée de vomissements.

Le docteur P... appelé, trouvant une résistance abdominale, demande un chirurgien. Le docteur Jalaguier voit l'enfant le soir. Il trouve au toucher rectal une collection pelvienne, bombant dans le rectum, médiane, s'étendant surtout à droite, très tendue, faisant par contre à peine saillie au-dessus du pubis. T. 37°4. P. 118. Le docteur Jalaguier conseille d'attendre. Glace. Immobilisation de l'intestin, et laisse entre-

voir la possibilité d'intervenir d'urgence, mais il juge alors que l'incision abdominale est encore impossible.

Le dimanche 13 au matin, le docteur Jalaguier étant absent, je suis appelé et trouve une collection doublée de volume, du côté abdominal. La zone mate remonte à deux travers de doigts de l'ombilic, occupe une situation généralement médiane, débordant légèrement à droite. La température 37°2 et le P. 124 deviennent moins bons. Je décide l'intervention immédiate. Le toucher rectal montre une poche bombant dans le rectum, qu'elle tend de façon à faire craindre son ouverture spontanée.

L'opération est pratiquée à 4 heures de l'après-midi. Incision suspubienne verticale, au niveau de l'insertion des muscles droits. Traversée du muscle à droite de la ligne médiane. Libération et écartement du bord droit de la vessie. Celle-ci écartée, je trouve l'abcès que j'ouvre à la sonde cannelée et dont s'écoule un abondant pus très odorant. La poche descend derrière la vessie jusqu'au fond du Douglas et remonte en haut en deux diverticules, un vers la fosse iliaque droite, l'autre vers l'ombilic, affectant ainsi dans son ensemble la forme d'une étoile à trois branches, à centre appendiculaire. Recherche de l'appendice que l'on ne trouve pas. Neltoyage de la cavité avec une compresse montée imbibée d'eau oxygénée à 12 volumes. Drainage par trois gros drains : un dans chaque divertical.

Suites opératoires. — Très bonnes pendant les deux premiers septénaires. La température et le pouls descendent parallèlement. Le malade commence à s'alimenter, lorsque surviennent le 27 mai des vomissements, du ballonnement du ventre, avec arrêt des gaz et des matières et faisant songer soit à une obstruction intestinale, soit à une péritonite. Glace sur le ventre. Les vomissements continuent, le toucher rectal montre la disparition de la poche et décèle une légère couture du gros intestin, haut placée, provoquée par des adhérences restant de la poche. Les vomissements continuent et l'état général s'aggrave quoi qu'on pratique de grands lavages intestinaux. On fait alors des lavages de l'estomac, qui pratiqués jusqu'à quatre fois par jour, ramènent chaque fois une grande quantité de liquide noir et odorant. Ces phénomènes s'amendent peu à peu, en une huitaine de jours, et à partir de ce moment, la convalescence commence.

La plaie abdomino-pelvienne est complètement fermée à la fin de juin.

ADULTES

Observation 66. — A. Frænkel. Soc. de médec. intern. de Berlin, 5 janvier 1891 (résumée).

Compositeur d'imprimerie qui fut pris de coliques abdominales et n'avait pas de fièvre. La fosse iliaque droite n'était pas douloureuse. Les phénomènes douloureux étaient localisés à gauche. On pensa à une colique de plomb. Peu à peu se développe une tuméfaction qui atteignit la région ombilicale et dépassa à droite la ligne médiane. Après une ponction exploratrice qui révéla l'existence de pus fécaloïde, on fit l'opération. L'abcès descendait dans le petit bassin et contenait un demi-litre de pus.

Peu de temps après, la plaie livra sortie à des matières fécales. Guérison complète.

L'ABCÈS PELVIEN AVEC ABCÈS MULTIPLES ENKYSTÉS

Il y a lieu de distinguer, pour l'étude de ces formes deux cas bien distincts : dans l'un, foyer pelvien et foyers aberrants sont concomittants (processus aigu de Rocher) dans l'autre, les foyers aberrants sont secondaires au foyer pelvien (processus chronique). Il peut d'ailleurs arriver que dans ce second cas, l'abcès pelvien soit méconnu (obs. 72) et que les divers foyers enkystés soient traités comme des accidents primaires, le foyer pelvien restant découvert à l'autopsie.

Anatomie pathologique. — Quoi qu'il en soit de l'évolution de ces diverses collections, on constate qu'elles sont réellement indépendantes les unes des autres, sans aucune connexion directe avec le foyer principal qui paraît toujours être pelvien. Des adhérences de péritonite plastique les séparent les unes des autres. Si dans le cas de processus aigu l'ensemencement de la cavité péritonéale paraît contemporaine en tous les points, si la défense locale a été suffisante pour brider et circonscrire le pus, il n'en est plus de même dans le processus chronique, où comme le dit Piard, il semble que la séreuse péritonéale, après avoir d'abord réagi, ne cède que tardivement en différents points. Dans ce cas encore, il faut faire intervenir le rôle des métastases purulentes qui seules, parfois, pourront expliquer l'apparition d'un nouveau foyer au décours du foyer primitif.

Le début simultané des différents foyers paraît d'ailleurs de beaucoup le plus fréquent ; nous en avons relevé cinq cas sur sept (obs. 73, 69, 70, 71, 67).

La topographie de cette forme d'abcès appendiculaire est des

plus variables. En dehors du foyer pelvien constant, on note la présence de foyers disséminés sans ordre apparent entre les anses grêles, tantôt en pleine cavité péritonéale, tantôt dans les fosses iliaques, parfois même au voisinage de l'estomac de la face postérieure du foie ou dans les lombes.

Cette diversité ne permet pas de donner aucune indication topographique sur leur localisation, et le plus souvent, le clinicien sera obligé d'attendre des signes extérieurs de leur localisation pour pouvoir agir contre eux.

L'appendice présente les lésions habituelles variant du simple catarrhe de la muqueuse, avec congestion et adhérences, à la perforation et à la gangrène.

Le pus, très fétide renferme du coli-bacille, du streptocoque, parfois une flore bactérienne très variée. Le coli y prédomine cependant.

Les quantités de pus renfermées dans chaque poche sont très variables. D'une façon générale les abcès aberrants en contiennent fort peu, le foyer pelvien par contre est le plus souvent important.

Etiologie. — La fréquence relative des abcès pelviens avec abcès multiples enkystés est assez notable. Nous en avons relevé sept observations dont une concerne un nourrisson, cinq des enfants et une un adulte soit une proportion de 7,86 0/0. Le sexe masculin y est représenté cinq fois.

Symptomatologie. — Nous supposons actuellement qu'un diagnostic de crise appendiculaire a été porté, comment dépister les localisations si diverses du pus. Rien ne paraît tout d'abord moins facile sauf en ce qui concerne le foyer pelvien. Après les retentissantes discussions qu'il a provoquées, après les nombreux travaux auxquels il a donné lieu, il semble impardonnable de ne pas pratiquer le toucher rectal chaque fois que l'on soupçonne une inflammation appendiculaire. Par le toucher, il semble impossible que le foyer pelvien, même haut placé, puisse passer inaperçu. La présence de celui-ci mise en évidence, c'est alors que commencent les difficultés.

La multiplicité très grande des foyers, les variations dans

leurs localisations empêchent de raisonner d'après les cas précédemment observés.

La douleur pourra guider le clinicien. Chaque fois qu'elle sera très localisée, en un point bien défini et constant au cours d'explorations abdominales successives elle pourra donner l'éveil et faire songer à une réaction péritonéale bien limitée.

La palpation paraît très illusoire ; comment arriver à percevoir, même par le toucher le mieux exercé une collection enfouie parfois assez profondément entre les anses intestinales ? Mais cette palpation réveillera souvent une réaction de défense de la paroi abdominale et si celle-ci coïncide avec les points douloureux, il y aura alors des présomptions très grandes au sujet de la présence du pus au point incriminé.

Pour les mêmes raisons de profondeur et d'enfouissement entre les anses grêles, la percussion ne pourra donner que des renseignements fort incomplets. Le plus souvent même elle restera complètement négative ; d'autant plus que le météorisme abdominal plus ou moins prononcé viendra s'ajouter aux difficultés de l'exploration.

Cependant quelquefois des différences de coloration de la peau de l'abdomen et des flancs donnera quelques indices. Par fois en effet on note que la peau est légèrement œdématiée en certains points, que sa teinte générale présente des placards rosés localisés. Ce ne sont évidemment que des indices bien légers, inconstants, peut-être même fugaces. Ils n'en mériteront pas moins d'être recherchés.

Diagnostic. — Il paraît donc bien difficile de préciser par la simple clinique la présence ou l'absence de foyers purulents enkystés. On devra pourtant en analyser soigneusement les symptômes avant de se décider à agir.

Nous voici donc en présence du cas suivant : Un sujet est en pleine crise appendiculaire. Le toucher rectal nous a montré qu'il est porteur d'un abcès pelvien. L'exploration de l'abdomen nous montre une réaction de la grande cavité péritonéale modérée quoique certaine, sans signes de localisation précise.

Traitement. — Quelle conduite allons-nous tenir ?

Evacuer d'abord la collection pelvienne. Par une intervention bénigne, nous allons supprimer la collection la plus vaste. Et cette seule évacuation, procurant au malade une amélioration certaine de son état général, lui permettra souvent de résorber sans autre intervention les foyers disséminés entre les anses grêles.

Si malgré l'incision du rectum, la température reste au-dessus de la normale, on pratiquera 24 heures ou 48 heures après l'incision du rectum une laparotomie *médiane*. Celle ci permettra d'explorer tout l'abdomen. En tous les points où les anses grêles apparaîtront agglutinées, on les libérera les unes des autres avec précautions. Le pus, sitôt qu'il apparaîtra sera soigneusement recueilli sur des compresses. Chaque foyer sera détergé et drainé isolément.

De plus un grand drain sera conduit, à la faveur de l'incision rectale de l'abdomen jusqu'au dehors de l'anus. Ce drainage abdomino-rectal assurera l'évacuation de toutes matières septiques.

Cette conduite nous paraît la moins dangereuse. Avec un drainage certain, elle évitera la contamination du péritoine non encore souillé. Elle permettra d'aller successivement à la recherche de chaque foyer isolé en diminuant considérablement les chances d'inoculations secondaires.

Voilà pour les cas où tous les foyers sont contemporains. Dans les cas où les foyers isolés apparaissent consécutivement le problème devient infiniment plus ardu. Mais si l'évacuation du foyer pelvien a été précoce, les chances d'apparition de ces foyers secondaires sont considérablement diminuées.

Si cependant ceux-ci apparaissaient on recourra alors à la technique habituelle qui consiste à les inciser au fur et à mesure de leur collection.

La laparotomie médiane permettra, mieux que tout autre voie d'accès, de se rendre un compte exact des lésions actuelles et de n'en pas laisser échapper. Elle évitera ainsi bien des déboires.

Le pronostic dérivant de l'étude de nos observations est le suivant :

1 Abcès méconnu : mort.

2 Laparotomies latérales. Abcès à répétition. Péritonite généralisée : mort.

1 Laparotomie médiane. Collection pelvienne méconnue : mort.

1 Laparotomie latérale. Evacuation d'abcès multiples : guérison avec fistule.

1 Laparotomie latérale. Evacuation d'abcès multiples : guérison.

1 Evacuation spontanée par le rectum. Abcès multiples évacués 48 heures après par laparotomie médiane ; guérison rapide.

ADULTE

Observation 67. — Picqué, Soc. chir., 22 mai 1907. — Une jeune fille de 18 ans, fille d'un confrère, qui avait été prise d'accidents aigus d'appendicite, dans une petite île des côtes de Bretagne, où elle se trouvait en villégiature, loin de sa famille. Appelé en toute hâte, je trouvai le médecin désolé que le père de la malade m'eût imposé une traversée de deux heures. La collection s'était ouverte spontanément dans le rectum, et depuis ce moment la température était retombée à la normale. Pour lui, la malade était guérie. Je l'examinai avec soin et constatai qu'il existait d'autres poches, intra-pelviennes, très profondément situées et ne faisant aucune saillie dans les fosses iliaques. Je ramenai donc la jeune fille à Paris et l'opérai dès son arrivée.

Le petit bassin était le siège de collections indépendantes que je drainai par l'incision sus-pubienne et je terminai l'opération en enlevant l'appendice, siège de lésions graves. La malade guérit rapidement.

ENFANTS

Observation 68. — Mlle Gordon (résumée). — Adolphe H..., 26 mois, maladif. Sans antécédents héréditaires. En août 1894, diarrhée verte, en novembre, entérite aiguë. Depuis trois mois mangeait la nourriture de ses parents. Début de la maladie le 8 mars 1895. Brusquement vives douleurs et vomissements qui se renouvellent à chaque prise de lait. Fièvre, agitation, douleurs intenses, constipation. Entrée le 9 mars.

Empâtement dans la région cœcale, douloureuse. Pas d'œdème ni de

circulation collatérale. Submatité. Le reste de l'abdomen est sonore. Vomissements ont cessé. T. 39°. Constipation.

Le lendemain T. 38°, pouls bon, facies coloré.

Intervention le 10 mars. Evacuation d'un demi-verre à Bordeaux de pus. Drain. Pansement. Suites normales. L'enfant sort le 5 mai.

L'enfant est bientôt repris de coliques, fièvre, amaigrissement. Le 12 mai il est ramené. Amélioration progressive par le repos. Après onze jours d'apyrexie complète, la température s'élève. Le 12 juin, fistulette stercorale. Drainage. La fièvre tombe, la suppuration se tarit. Le 12 juillet, nouveaux accidents, nouvelle guérison rapide. Cicatrisation de la plaie et apyrexie jusqu'au 4 août. Du 4 au 7 petite poussée fébrile qui cesse après ouverture spontanée de la cicatrice. M. Broca songe à une intervention à froid sans se presser vu l'état excellent de l'enfant. Le 28 août, vomissements, péritonite, et malgré drainage, mort en cinq jours.

Autopsie. — Adhérences pleurales à droite et à gauche. Dans la région sous-ombilicale, le péritoine pariétal adhère à l'épiploon et celui-ci adhère aux anses intestinales. Adhérences très solides au niveau de la plaie cutanée. Le trajet du drain descend entre le rectum et la vessie. Adhérences très fragiles entre les anses intestinales limitant de petits abcès à pus épais verdâtre. Un abcès assez volumineux à la face inférieure du foie ; une autre à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. L'appendice, inclus dans des fausses membranes se dirige *en haut* et *vers la ligne médiane*. A un centimètre de son insertion cœcale, il est bleuâtre et complètement rompu. Trois perforations sur l'iléon, à 8 centimètres de la valvule, par où sortent librement les matières fécales.

Observation 69. — Mlle Gordon. — Emile St..., 8 ans, entré le 19 septembre 1895, mort le 23 septembre. Pas d'antécédents. Début le 18 septembre.

Coup de pied dans la partie supérieure du côté droit de l'abdomen. Il rentre à 6 heures du soir et refuse de dîner. Trois vomissements dans la nuit ; quelques gardes-robes noires. Le lendemain, les vomissements continuent, mais il n'y a pas de garde robe. Température peu élevée.

Ventre douloureux, dur, sans foyer localisé, vomissements ont cessé, état général pas très mauvais. A cause de l'absence des phénomènes locaux on n'intervient pas. Opium et diète jusqu'au 22 septembre. Vers 3 heures de l'après-midi, vomissements bilieux fréquents et douleurs abdominales très vives avec élévation de la température.

Laparotomie médiane le soir. On trouve et on draine une collection purulente dans la fosse iliaque droite. Sutures et pansement. Le 23 l'état s'aggrave et l'enfant meurt.

Autopsie. — Adhérences multiples, petits abcès entre les anses intesti-

nales, grosse collection dans le petit bassin qu'elle remplit et dans laquelle est l'appendice, largement perforé en deux points. L'appendice est dirigé en haut derrière le cœcum et son méso termine son implantation sur la partie inférieure de la face antérieure du rein.

Observation 70. — Mlle Gordon (résumée). — Edmond Ch..., 8 ans 1/2, entré le 23 juillet 1896. Sorti le 9 novembre. Antécédents héréditaires : Collatéraux ont souffert de coliques néphrétiques et saturnines.

Enfant dyspeptique depuis sa première enfance. Coliques abdominales fréquentes. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Bonne santé depuis un an. Le 20 juillet, au réveil, début brusque par vives douleurs abdominales et vomissements bilieux. Pendant les deux jours suivants, les douleurs augmentent, s'étendent à tout l'abdomen. Ballonnement et constipation. Pas de fièvre. Lavement à l'eau de Seltz le 23 suivi de très violentes douleurs abdominales qui déterminent son entrée.

A 10 h. 1/2 du soir, abattement complet, facies péritonéal, nez froid. T. 37°7, P. 127 irrégulier. Sueurs froides, ventre peu ballonné mais dur. La pression éveille une douleur sourde plus accusée dans la fausse iliaque gauche et la région hypogastrique qu'à droite. Douleurs spontanées, également à gauche. Sur l'affirmation des parents que le début des douleurs avait été à droite, M. Arrou pratique l'incision iliaque classique à droite. Foyers multiples enkystés, en arrière du cœcum, vers le petit bassin, et au milieu des anses grêles.

Appendice non vu. Drainage à la gaze aseptique. Fistule consécutive. Exeat.

Observation 71. — Jacob, *in* thèse Perreaux. — Fernand C..., 13 ans. Appendicite à rechutes. Deuxième crise. Foyers multiples de péritonite enkystée. Laparotomie latérale. Un flot de pus fétide bien lié. Appendicectomie. Laparotomie médiane. Un flot de pus très fétide. Drainage abdominal. Guérison.

Observation 72. — Delanglade, Soc. chir., 30 mai 1907 (résumée). — Fillette de 9 ans. Symptômes d'appendicite légère le 6 avril 1899.

Dans la nuit du 7 au 8 douleur abdominale atroce avec symptômes péritonéaux graves. A l'examen, il y avait météorisme, douleurs et contractures dans tout l'abdomen avec prédominance très nette à droite dans la région appendiculaire. T. 38°7. P. plus de 140. Extrémités froides, teint plombé, yeux encavés, langue humide, absence totale de gaz par l'anus, vomissements porracés très fréquents.

Intervention le soir même. Incision sur le bord externe du grand droit. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule une notable quantité de liquide

séro-purulent horriblement fétide, sans tendance apparente à l'enkystement. Recherche prudente de l'appendice qui est trouvé en arrière et en dedans du cœcum, sphacélé sur une hauteur de 2 centimètres environ, perforé sur la moitié de sa circonférence, à l'union de son 1/3 supérieur et de ses 2/3 inférieurs. Résection, drain de caoutchouc. Mèche de gaze stérilisée.

Amélioration progressive pendant plusieurs jours. P. 120 puis 100. Les vomissements et le météorisme cessent. Emission de gaz par l'anus. Cependant la température remonte par la suite. Il apparaît dans la région lombaire un léger empâtement avec voussure, submatité, douleur à la pression, un soupçon d'œdème. Incision d'une collection très fétide du volume d'une mandarine. Ce pus contenait une flore microbienne des plus variées avec prédominance de coli. J'eus le tort de réunir par un plan de sutures profondes les muscles et la peau autour du drain; aussi la fièvre s'éleva t-elle encore, en relation avec des phénomènes inflammatoires au niveau de la plaie qui fut dès le deuxième jour désunie et soumise aux pansements humides.

24 avril au matin, la température s'élevant à nouveau (elle n'était pas revenue à la normale) apparurent des phénomènes inquiétants du côté gauche de l'abdomen. D'autres signes suffisamment nets apparurent à droite au dessus de la plaie lombaire et incitèrent à agrandir par en haut l'incision lombaire ; j'ouvris deux ou trois collections du volume d'un dé à coudre tout au plus, d'aspect plutôt séreux que purulent, le long du côlon ascendant.

Le lendemain M. Broca appelé, constata sous chloroforme l'absence de tout foyer péritonéal enkysté, notamment du côté gauche de l'abdomen, mit au net les petits diverticules de la plaie lombaire et comme un décollement iliaque avait été produit au cours de la 2e intervention, le fit communiquer avec la plaie antérieure, plaça un gros drain dans le trajet et conseilla de continuer le pansement humide. Pendant les semaines suivantes, la température continua à osciller entre 38° et 39°. P. 100-120, les plaies restant atones, aspect général relativement bon. Selles régulières et normales, ventre souple et indolent.

14 mai.— Augmentation progressive du pouls et de la température en l'absence de toute localisation péritonéale, incision du large pont compris entre les plans antérieurs et postérieurs. Dans la large brèche apparurent soudainement le lendemain et le surlendemain 3 abcès péritonéaux très fétides et très volumineux qui purent être ouverts à la sonde cannelée, sans anesthésie, et largement drainés. Le plus gros se portait vers le bord antérieur du foie.

17 mai. — Ouverture par incision iliaque gauche d'une petite collection en voie de formation, comprise entre deux anses intestinales.

21 au matin. — Par le toucher rectal on perçoit une tuméfaction du volume d'un œuf, arrondie, résistante et bombant dans sa cavité ; malgré la présence des deux incisions iliaques je ne crus pouvoir l'aborder par en haut et proposai l'incision par la voie prérectale, ce qui fut exécuté le matin même. Pus fétide en quantité plus grande que l'on ne s'y attendait. Le doigt constata qu'elle se bifurquait bientôt, un prolongement, le plus volumineux, se portant à droite, l'autre à gauche, tous deux au-dessous des foyers ouverts par la paroi abdominale antérieure. Drain dans chacun d'eux et ce soir là la partie parut gagnée, car la température descend au-dessous de 38° pour la première fois et le pouls au-dessous de 90.

Malheureusement, la fièvre se rallumait le lendemain et le 23 au soir, apparaissait de la diarrhée, une perforation du cœcum, de la paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens et incontinence des sphincters, sans troubles de la sensibilité.

Le 24 au matin, coma. Dans la région lombaire gauche on percevait une grosse voussure rénitente au niveau de laquelle la pression faisait exécuter à l'enfant quelques mouvements de défense. Elle fut très rapidement incisée. Il s'écoula une quantité énorme de pus, mais l'enfant ne reprit pas connaissance et succomba doucement deux heures après.

NOURRISSONS

Observation 73. — Albrecht. — Garçon d'un mois, entré moribond à l'hôpital sans qu'on sache rien de son histoire.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente généralisée, avec de nombreux abcès disséminés entre les anses intestinales, dans les fosses iliaques, dans le Douglas. Au centre d'un de ces abcès, occupant la région ilio-cœcale, on découvrit un appendice relativement gros et long, adhérent à la paroi du cœcum, et perforé à son extrémité. Le pus contenait du colibacille et du streptocoque.

L'ABCÈS PELVIEN AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

La péritonite généralisée, par rupture d'un abcès pelvien, ne nous paraît pas si rare que ne le dit Rocher. Cet auteur n'a eu connaissance que de deux cas. Nous en avons relevé 15, chiffre qui nous a déterminé à lui consacrer un chapitre spécial.

Etiologie. Pathogénie. — Parmi ces quinze cas, deux concernent des nourrissons mâles, neuf concernent des enfants dont cinq garçons et quatre filles ; enfin quatre cas chez l'adulte sont fournis trois par des hommes un par une femme, au total dix individus du sexe masculin.

Il est constant que l'abcès pelvien est le premier en date. Cependant celui-ci peu passer inaperçu au cours de la crise aiguë d'appendicite, si bien que, cliniquement, le chirurgien se trouve presque toujours (obs. 87, 88, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86), en présence d'une péritonite généralisée qui absorbera tout entière son attention.

Rarement il pourra suivre l'évolution de l'abcès (obs. 85, 74, 75). Parfois même celui-ci sera à peine collecté quand surviendront les grands phénomènes péritonéaux (ob. 74). D'autre fois la généralisation surviendra au cours d'une convalescence apparente de la poussée appendiculaire.

Quoique la forme appendiculaire actuelle puisse être considérée comme une complication pure et simple de l'abcès pelvien, le tableau clinique avec lequel elle se présente mérite du moins une description. La présence d'une collection pelvienne détermine dans l'intervention à faire subir au patient des indications spéciales à remplir.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomo-pathologiques sont très différentes au nivcau de la séreuse pelvienne et au niveau de la séreuse abdominale.

Tandis que la première présente le plus souvent dans sa cavité un liquide granuleux, fétide, franchement purulent d'odeur fécaloïde, nauséabonde, on ne rencontre le plus souvent dans la seconde qu'un liquide séreux, à peine louche mélangé parfois de quelques fausses membranes.

Les anses intestinales présentent elles aussi un aspect différent. Dépolies, aplaties dans le petit bassin, elles sont rouges, dilatées présentant quelques fausses membranes dans l'abdomen.

Le plus souvent, au cours de l'opératiou on note qu'elles se sont agglutinées au niveau du détroit supérieur, représentant la première ligne de défense de la grande cavité contre l'envahissement menaçant du pus. Cette barrière a été forcée en un point qui le plus souvent ne peut être retrouvé au cours de la laparotomie. La péritonite généralisée s'ensuit.

Nombre d'auteurs n'admettent pas un mécanisme aussi simple à la propagation de l'infection à la grande cavité abdominale.

Du fait que la solution de continuité des adhérences, n'a pas été retrouvée, soit au cours de l'intervention, soit à l'autopsie, ils en concluent qu'elle n'existe pas. C'est pour soutenir cette opinion que sont nées les théories attribuant aux lymphatiques le rôle prépondérant dans la propagation de l'infection. Or dans presque toutes les observations, on note la présence d'un traumatisme extérieur à la collection et favorisant la diffusion des germes pathogènes. Que ce traumatisme soit exogène, coup de poing (obs. 84) ou endogène, purgatif (obs. 75), lavement (obs. 85, 74) il n'en est pas moins cause des accidents. Et il est intéressant de rapprocher le moment de son application de la date à laquelle apparaissent les accidents péritonéaux. Règle générale : les accidents suivent dans les 12 heures consécutives l'administration du lavement ou du purgatif. La répétition du fait élimine du même coup la possibilité d'une simple coïncidence. Le malade accuse même parfois une sensation de douleur extrê-

mement vive sitôt après l'administration de la drogue (ob. 74, 75).

Les éléments bactériens, chaque fois qu'ils sont signalés au cours des observations sont représentés par le colibacille prédominant joint à quelques autres saphophytes, hôtes habituels de l'intestin.

Les lésions appendiculaires sont fort variables. Parfois nulles macroscopiquement (obs. 86), parfois ulcération des tuniques interne et moyenne, n'ayant respecté que la séreuse (ob. 85), le plus souvent nécrose complète de l'appendice qui n'est pas retrouvé.

Symptomatologie. — La symptomatologie est celle de la péritonite généralisée : Facies grippé, péritonéal. Quelquefois cependant conservation d'un bon état général, avec température voisine de la normale. Langue sèche, rôtie, yeux excavés. Vomissements bilieux ou franchement porracés. T. 39° à 40°. Pouls petit, dissocié. Météorisme abdominal plus ou moins intense. Douleurs vagues, généralement mal localisées, avec prédominance à droite ou à gauche de l'abdomen. Parfois signes de cystite. Pratiqué à ce moment, le toucher rectal, ou bien révèle la présence d'une collection plus ou moins importante bombant dans le rectum, ou bien montre plus ou moins haut un empâtement diffus, œdémateux, masquant quelquefois les vésicules séminales et la prostate chez l'homme. Le toucher rectal décèle toujours la présence d'un point douloureux généralement localisé à droite et en avant.

Absence de matières et même souvent de gaz. Rarement diarrhée profuse, fétide.

Dans tous les cas la connaissance est complète, signe précieux pour l'établissement du diagnostic.

Diagnostic. — Le diagnostic présente deux difficultés : 1° Reconnaître la présence d'une péritonite ; 2° Découvrir la lésion initiale.

Reconnaître la péritonite n'est pas toujours facile. Dans l'observation 74, c'est une découverte d'autopsie. L'iléus et l'étranglement interne sont incriminés dans l'observation 75. La coli-

que néphrétique est mise en cause dans l'observation 80. La fièvre typhoïde cause deux erreurs de diagnostic (obs. 84, 87). cinq fois sur quinze il y a eu erreur. La proportion d'un tiers est considérable et montre bien les difficultés réelles en présence desquelles se trouve le clinicien. La colique néphrétique a d'ailleurs été fréquemment cause d'erreurs et dans le cas d'abcès pelviens, les phénomènes vésicaux viennent augmenter encore la difficulté. Le toucher rectal, cependant, permettra de reconnaître la véritable cause de la cystite.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, un signe excellent viendra trancher le diagnostic : c'est la conservation de la connaissance du malade au cours de la péritonite. Ce fait est typique et ne laisse guère de place à l'erreur. On ne voit jamais de typhiques conservant leur intelligence lorsqu'ils ont 40° de température.

2° Quelle est la cause de la péritonite ?

Ici la difficulté est plus grande encore. Seul l'interrogatoire très serré sur l'histoire de l'affection en cours pourra donner quelques indications précises. La présence constatée de la collection pelvienne elle-même n'est pas suffisante, surtout chez la femme, pour incriminer d'emblée l'appendice, et l'erreur qui consiste à faire remonter la péritonite à une perforation intestinale (obs. 85) est-elle bien une erreur ?

Traitement. — En face donc d'une péritonite généralisée, on ne peut hésiter un instant. Il faut laparotomiser. Mais la laparotomie sera-t-elle suffisante ? Non. Il faut assurer un drainage plus actif. Il faut drainer par en haut et par en bas. Il faut effondrer le rectum. Il faut partout donner issue aux liquides septiques ; peut-être ainsi parviendrons-nous à arracher les malades à une mort quasi certaine.

La laparotomie médiane donnera le maximum de sécurité. Elle permettra d'explorer les deux fosses iliaques, les anses grêles ; des collections y sont peut-être masquées : on pourra les évacuer facilement. Il ne faudra pas craindre d'effondrer les adhérences qui le plus souvent ferment le petit bassin constituent un dôme au-dessus de lui. En ce moment cette barrière

est franchie. Il n'y a plus de raison pour la laisser subsister en partie.

Enfin il faut assurer le drainage déclive. L'incision périnéale sera toujours plus longue à exécuter que le simple enfoncement du rectum. Même si cette intervention peut être exécutée en quelques minutes, il n'en faudra pas moins changer la position du sujet sur la table d'opération. Et il faut gagner du temps à tout prix. Quelques minutes de chloroforme en plus ou en moins décident de l'existence du malade.

Pour toutes ces raisons nous concluons ici encore en faveur de la méthode de Pauchet légèrement modifiée et si la mort a suivi l'unique cas où cette technique a été employée, ne faut-il pas incriminer l'état du sujet au moment où il fut amené au chirurgien : le décès est survenu dans la nuit même qui a suivi l'intervention.

Le pronostic, que nous résumons plus loin, est des plus sombres, et son amélioration dépend surtout de la précocité avec laquelle aura été porté le diagnostic d'abcès appendiculaire. Une ponction précoce du rectum permettra souvent d'éviter la généralisation de la péritonite. Celle-ci ne dépendra elle-même que d'un toucher rectal pratiqué à point.

1 Abcès pelvien et péritonite généralisés méconnus. Evacuation spontanée de la collection pelvienne : mort.

1 Laparotomie. Formation d'un abcès évacué spontanément par le rectum : guérison.

1 Laparotomie médiane : guérison.

1 Laparotomie latérale : guérison.

5 Laparotomies médianes : mort.

1 Laparotomie latérale. Abcès du foie consécutif : guérison.

1 Abcès pelvien et péritonite généralisée. Pas d'intervention : mort.

1 Drainage abdomino-rectal : mort.

2 Laparotomies latérales : mort.

1 Laparotomie latérale. Formation d'un abcès pelvien secondaire. Laparotomie médiane : mort.

ADULTES

Observation 74. — (Personnelle). — Paul B..., âgé de 31 ans. Trois crises d'appendicite bénignes antérieures, la dernière remontant à six mois.

Début trainant donnant l'impression d'embarras gastrique fébrile, pour lequel il est traité tout d'abord. Cette période dure une huitaine de jours.

Elle est suivie d'amélioration manifeste persistant pendant deux ou trois jours.

Le 16 juillet, reprise brusque des symptômes intestinaux qui font porter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 18 juillet, nous voyons le malade pour la première fois. Facies péritonéal. Teinte ictérique des conjonctives et des téguments. Pas de point de Mac Burney. Douleur très vive à la pression localisée dans la fosse iliaque gauche. A ce niveau, léger tympanisme, défense musculaire, phénomènes de cystite très accusés. Urines franchement ictérique. Ni sucre, ni albumine, deux vomissements. T. 40°. P. 80°. Toucher rectal absolument négatif. Diagnostic : péritonite d'origine appendiculaire. Glace sur l'abdomen. Diète hydrique.

Le 19 au matin, T. 38°2. P. 76. Etats général et local sensiblement pareils à ceux de la veille. La famille refuse le transport à l'hôpital. Dans la soirée, état grave, dyspnée intense, délire, écume aux lèvres : ventouses sèches sur la poitrine, sérum marin, caféine, raniment le malade.

Le 20, T. s'abaisse légèrement, le matin 38°2, le soir 39°3. L'ictère diminue, l'infection péritonéale paraît se localiser dans la fosse iliaque gauche. Le tympanisme a fait place à de la submatité. Le toucher rectal révèle un empâtement diffus, œdémateux. Le doigt limite mal le prostate et les vésicules séminales. On s'attend à la formation d'un abcès dans le Douglas.

Amélioration persistante des symptômes généraux et locaux jusqu'au 22.

Les 22 et 23 juillet, délire bruyant, phénomènes de méningisme. Il est impossible de prendre la température qui paraît très élevée, et de poursuivre l'application de la glace. Les nuits sont particulièrement agitées et pénibles, malgré l'administration de bains généraux à 32°.

Le 24, sédation des phénomènes généraux, amélioration très marquée, bien que la température prise quatre fois par 24 heures oscille très irrégulièrement entre 37°2 et 40°. Le pouls reste entre 72 et 80. On poursuit les bains, et un lavement de sérum artificiel est administré qui provoque

une selle abondante, noirâtre, extrêmement fétide. Après l'évacuation, le malade ressent un soulagement très grand. Les phénomènes de localisation vers le rectum ne se sont pas accentués, mais la grande cavité péritonéale, paraît rester indemne. On temporise.

Le 25 et le 26, la température baisse, n'excédant pas 38°5 ; l'amélioration paraît s'accentuer, et la localisation vers le Douglas paraît de plus en plus nette. Les lavements de sérum soulagent beaucoup le malade par les évacuations qu'ils provoquent.

Dans la nuit du 26 au 27, après l'administration d'un lavement, le malade se plaint d'un point douloureux très intense dans le bas-ventre, qui se calme dans la nuit. Vers le matin, deux vomissements alimentaires.

Dans la matinée du 27, nous constatons que le météorisme est en voie de diffusion à tout l'abdomen. Plus de vomissements, mais éructations gazeuses assez fréquentes. Le facies est légèrement grippé, sans être franchement péritonéal. D'accord avec le médecin traitant, le transport d'urgence à l'hôpital, en vue d'une laparotomie possible est décidé. Le malade entre dans le service de M. le docteur Reymond, à la maison de Nanterre, à 1 heure de l'après-midi.

A 5 heures les symptômes sont les mêmes que dans la matinée. La température n'a pas dépassé 38°5. Plus de vomissements. Les éructations ont diminué de fréquence.

A 9 h 1/2 du soir, le météorisme est devenu considérable. Un vomissement porracé. Le malade se refroidit. T. 37°3. Ses extrémités sont fraîches, le facies franchement péritonéal. Le toucher rectal fait percevoir le même empâtement diffus sans signes de suppuration franche. On décide donc d'intervenir par laparotomie qui est exécutée aussitôt.

Opération le 19 juillet. Incision ombilico-pubienne. Sitôt le péritoine ouvert, écoulement séro-purulent fétide, extrêmement abondant. Les anses intestinales, dilatées, rouges, présentant de nombreuses fausses membranes, s'échappent au dehors de la plaie. On éponge rapidement avec des compresses et on dirige les recherches vers le petit bassin.

Après avoir décollé les anses adhérentes à la face postérieure de la vessie (travail peu pénible, écoulement de sang assez abondant), on donne issue à une collection constituée par un mélange de sérosité, de pus et de sang, d'odeur fécaloïde, repoussante, qui fait craindre un moment d'avoir provoqué une déchirure intestinale. Après assèchement, on constate qu'il n'y a eu aucune effraction. On laisse de côté une masse, fixée au détroit supérieur comprenant : l'épiploon adhérent, le cœcum et une partie de l'iléon. Drainage par quatre drains, un dans le Douglas, un vers l'appendice xiphoïde, un dans chaque flanc. Fermeture en trois plans. Pansement sec.

Les drains fonctionnent bien. Le lendemain matin, le pansement complètement traversé par le séro-pus est changé. L'état général paraît excellent. La température est tombée, le pouls s'est régularisé.

Dans l'après-midi, le malade est pris d'étouffements et meurt dans une syncope à 6 h. 40.

Opposition à l'autopsie. Par la plaie abdominale, on extrait le cœcum et la portion terminale de l'iléon. On ne parvient à retrouver des vestiges d'appendice, sphacélé, qu'en se guidant sur les fossettes péritonéales rétro-cœcales.

Observation 75. — Reymond, docteur Bourganel (inédite). — Dans la nuit du 25 mai 1906, j'ai été appelé auprès de M. L... Je l'ai trouvé, se tordant dans des souffrances atroces. Impossible de l'interroger.

Piqûre de morphine. Une heure après, dans un moment de calme relatif, j'apprends que depuis huit jours il ne se sentait pas bien. Sur les conseils de son pharmacien il avait pris une purgation l'avant-veille (23). Depuis le 23 au soir, il n'était pas allé à la selle.

Les douleurs, sourdes d'abord, deviennent brusquement violentes. Pas de vomissements.

Température 40°. Pouls 108.

A l'inspection, ventre ballonné très douloureux. *Pas de localisation particulière.* Je lui fais mettre de la glace et appelle le docteur Reymond.

Le 26 mai à midi, les douleurs sont moins vives. T. 39°4. Douleur plus nettement localisée à droite.

Même traitement, plus un léger lavement d'huile qui détermine une selle très fétide. Soulagement du malade. La température tombe à 38°.

Le 27 mai dans la nuit, les douleurs reprennent avec une nouvelle intensité, généralisées à tout l'abdomen, mais avec prédominance à droite. Température remonte à 40°. Le facies se grippe et tous les signes d'une perforation se manifestent.

Opéré à midi.

Ouverture de l'abdomen : péritonite généralisée, anses distendues, rouges, agglutinées.

Appendice présentant des caractères de sphacèle au milieu d'un foyer purulent mal limité se prolongeant en bas dans le cul-de-sac de Douglas. Celui-ci contient en abondance du pus bien lié qui semble avoir constitué à ce niveau un foyer s'étant secondairement ouvert dans le péritoine.

Large drainage.

Mort le lendemain (?)

Observation 76. — M. le docteur P. Launay (inédite). — Le 5 mars 1905, je me rends à Rueil, appelé par le docteur P..., auprès

d'une dame T..., âgée de 43 ans. Je me trouve en présence d'une malade ayant ressenti une douleur brusque pendant les règles, avec élévation de température. Cette dame a un passé génital qui fait penser à une salpingite. On trouve le soir du 3e jour un placard abdominal localisé à la zone sous-ombilicale.

Le 4e jour, le placard s'étend du pelvis aux deux fosses iliaques. *Opération* le soir du 4e jour, dix heures du soir. T. 36°8, P. 140. Je me trouve en présence d'une péritonite généralisée à liquide louche, pas de fausses membranes. Appendice pelvien, totalement gangrené. Résection. Trois incisions abdominales. Six drains placés dans tous les sens.

Suites opératoires. — Huile camphrée. Sérum. Caféine.

Le lendemain matin, l'état général semble s'améliorer. T. 37°, P. 135 mais la malade succombe 36 heures après l'opération.

Observation 77. — Vanverts, *Bull. soc. anat.*, 17 avril 1896 (résumée). — Homme de 53 ans, ayant déjà eu deux crises d'appendicite.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, il est pris de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche, qui irradient ensuite dans tout l'abdomen.

Au moment où nous le voyons, 8 avril 1896, il est en pleine péritonite généralisée, météorisme abdominal généralisé. Palpation du ventre douloureuse, avec maximum très net dans la fosse iliaque gauche, submatité dans les deux fosses iliaques et la région hypogastrique, Visage grippé. T. 39°, P. petit, rapide.

Diagnostic : péritonite due probablement à une perforation intestinale. M. Potherat veut bien nous confier l'opération, qui est aussitôt pratiquée. Incision dans la fosse iliaque gauche. Ecoulement de sérosité purulente très fétide. La péritonite est généralisée, sans trace d'enkystement en aucun point. L'état du malade étant très précaire, on ne prolonge pas les manœuvres. Le malade meurt 24 heures après l'intervention.

Autopsie. — On reconnaît l'existence d'une inflammation et d'une perforation de l'appendice qui, né du cœcum normalement se dirige en bas et en dedans et disparaît bientôt dans une masse formée par des adhérences le réunissant au rectum et à une anse de l'intestin grêle.

ENFANTS

Observation 78. — Jalaguier. *Bull. soc. chir.*, 1892. p. 382 (résumée). — Enfant de 10 ans 1/2 ayant eu deux légères attaques d'appendicite, il y a six mois et il y a un mois.

Le 21 mars 1892, les mêmes accidents se reproduisent, les douleurs portent du côté gauche et irradient dans la verge.

Reçu dans la soirée du 24 à l'hôpital Trousseau.

Diagnostic : péritonite généralisée indubitable.

Vomissements incessants. Ventre uniformément ballonné et très douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche. Facies grippé. P. 120, T. 38°5.

Laparotomie médiane. Grande quantité de pus dans la fosse iliaque gauche. Les anses intestinales, visibles dans la plaie sont recouvertes de fausses membranes, d'autant plus jaunâtres et d'autant plus épaisses que l'on se rapproche du côté droit. En arrivant près du cœcum, on tombe sur une nouvelle collection purulente contenant une petite boulette fécale. Deux drains du côté du cœcum. Deux dans le bassin, où existait aussi du pus. Un du côté gauche. Suites simples. Le 4 mai, l'enfant était guéri et quittait l'hôpital le 14 mai.

Observation 79. — Jacob *in* Th. Perreaux. — Appendicite perforante avec péritonite généralisée. Laparotomie de Roux et résection de l'appendice. Guérison.

Observation 80. — Broca *in* Th. Chevallier. — André M..., 3 ans 1/2. Appendicite aiguë Laparotomie médiane, péritonite généralisée. Mort.

Observation 81. — Chevalier, *in* Th. Perreaux. — Enfant de 8 ans. Péritonite généralisée. A l'autopsie pus et fausses membranes dans le petit bassin et autour de l'appendice.

Observation 82. — Rocher, *in* Th. Perreaux (résumée). — Fernand L... entre le 2 mai 1905. Antécédents héréditaires : Père coliques néphritiques. Antécédents personnels : Allaitement mercenaire jusqu'à 15 mois A 4 ans 1/2 varicelle, à 6 ans coqueluche, à 8 ans rougeole.

Le 20 avril vers 9 heures du matin, vomissements alimentaires puis bilieux jusqu'à 3 heures tous les quarts d'heure. Céphalalgie. Douleurs abdominales aiguës plus accusées à droite. Nuit calme.

Le 21 diagnostic appendicite. Vomissements. Selles diarrhéiques. Fièvre élevée. Nuit agitée.

Le 22 fièvre. Pas de vomissements, douleurs vives au point de Mac Burney. Légère amélioration jusqu'au 25.

Le 25 le malade demande à manger. Léger tapioca. Nuit agitation, fièvre, douleurs.

Le 26, glace, opium.

Du 27 au 28, vomissements porracés et glaireux. Etat stationnaire jusqu'au 30.

Dans la soirée du 30, douleurs excessivement vives dans la fosse iliaque s'irradiant dans tout le ventre. L'état général s'aggrave. Transport à l'hôpital.

Facies péritonéal. Amaigrissement considérable. T. 38°8, P. 140. R. 32 à type costal supérieur. Langue très saburrale. Pas d'ictère. Extrémités fraîches. Ventre ballonné. Ni rougeur ni œdème ni rougeur des téguments. Palpations douloureuses surtout dans le segment sous ombilical. M. Burney à peine plus sensible. Aucun plastron. Pas de zone de matité. Matité hépatique normale. Rate pas grosse. Urines spontanées, sans douleur. Rares, très colorées, troubles, albumineuses.

Depuis 3 jours arrêt des matières. Quelques gaz. Appareil cardio pulmonaire sain.

Le malade est réchauffé. 250 grammes sérum de Hayens.

Opération.— Incision légèrement oblique en dehors du droit. Le péritoine ouvert, il s'écoule une énorme quantité de séro-pus jaunâtre contenant quelques grumeaux, des fausses membranes, odeur fécaloïde légère. Pas d'adhérences intestinales. Le cœcum forme avec les anses grêles qui occupent l'excavation pelvienne, une masse à travers laquelle on recherche l'appendice. Apparition de pus très épais, homogène, d'odeur très fétide ne contenant ni gaz ni matières fécales occupant une large cavité dans le bassin immédiatement en avant du sacrum. Le pus est épongé. On ne trouve pas l'appendice. Drainage par deux gros drains qui plongent jusqu'au fond de la cavité. Drainage de l'abdomen par un autre drain. Sutures en deux plans. Pansement aseptique.

Morphine, 200 grammes de sérum, puis encore 200 grammes sérum. T. le soir 37°8, R. bonne, P. 160. Facies meilleur. 2 mictions spontanées.

Le 3 mai matin, T. 37°2, P. 120, R. 40, 200 grammes sérum, morphine, soir 200 grammes sérum, T. 37°2, P. 100, R. 30.

Le 4 mai matin, T. 36°9, P. 120, R. 30, 200 grammes sérum, morphine, U. 400 grammes, albumine en petite quantité, 400 grammes sérum le soir, T. 37°, P. 120, R. 28. Gaz par l'anus.

Le 5 mai, T. 37, P. 100, R. 32, U. 350 grammes. Le soir, T. 36°9, P. 100, R. 28.

Le 6 mai, T. 36°9, P. 100, R. 32, U. 450 grammes, albumine. Ablation d'un drain pelvien. Pus toujours fétide.

Le 7 mai dans le pansement, liquide brunâtre d'odeur et d'aspect fécaloïdes.

Le 8 mai et le 9 mai même état du pansement; prise de lait coupé d'eau de Vals.

Le 11 mai après lavement selle abondante de couleur normale.

Depuis le 10 la température s'élève insensiblement, présentant une

rémission d'un degré environ le matin correspondant à la formation d'un volumineux abcès du lobe droit hépatique.

Les 26 et 28 mai extraction par la plaie abdominale de lombrics longs de 30 à 35 centimètres. Le 30 un petit lombric dans les matières vomies.

Du 10 mai au 4 juin, l'état général de la malade s'aggrave. Douleurs légères dans l'hypochondre droit. Diarrhée profuse brunâtre accompagnée parfois de glaires. Muguet bucco-pharyngé.

Rate hypertrophiée. Foie très augmenté de volume, particulièrement douloureux sur le bord externe du muscle grand droit droit.

Le 4 juin, évacuation après laparotomie latérale sus-ombilicale et 3 ponctions exploratrices dans le foie, d'une collection d'un demi-litre de pus fétide grisâtre en plein lobe droit. L'aiguille n° 3 de Dieulafoy est laissée à demeure et fait fonction de drain.

L'état général s'améliore. Le 21 juin on retire l'aiguille dont l'extrémité manque sur une longueur d'environ 2 centimètres.

Le 6 juillet élévation du pouls 130 et T. 39°, nouvelle ponction une seringue et demie de Dieulafoy de pus fétide et grisâtre. Aiguille forte laissée à demeure. Amélioration immédiate.

Le 14 juillet nouvelle poussée appendiculaire dans la fosse iliaque droite. Traitement médical. Les phénomènes s'amendent en trois jours. Alimentation légère, reprise au bout de dix jours.

Le 18 juillet, nouvelle élévation de température. Etat général grave. Foie très hypertrophié, douloureux.

Le 25 juillet, intervention pour l'extraction du corps étranger dont la présence est décelée par la radiographie. Extirpation impossible. Recherche négative. Drainage.

Ablation du drain le 18 septembre. Guérison progressive. Le pus de la péritonite et de l'abcès hépatique examiné par le docteur Buard contenait du colibacille.

Observation 83. — Pauchet. Congr. fr. de chir. 1904. — La jeune L. B..., 9 ans, a de la constipation opiniâtre. Prise brusquement de troubles gastro-intestinaux, elle éprouve quelques jours après de violentes douleurs intestinales. L'état général devenant mauvais, et le toucher rectal faisant sentir un énorme abcès bombant en avant, laparotomie iliaque droite. Evacuation de l'abcès pelvien. Perforation rectale avec le clamp. Long drain entre la plaie iliaque et l'anus. L'état général reste mauvais. Mort dans la nuit.

Observation 84. — Mlle Gordon. — Blanche Ch..., 9 ans 1/2, entrée le 4 mai 1896. Décédée le 7 mai. Rougeole et rhumatisme articulaire. Migraine tous les quinze jours.

Début le 1er mai. Coup de poing dans le ventre. Dès le lendemain, abdomen douloureux. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Fièvre, aneroxie, insomnie, constipation.

A l'entrée, état général mauvais. T. 38°2. P. 125 faible. Facies grippé ; langue sèche. Douleur et empâtement généralisés à tout l'abdomen. Même la région épigastrique est douloureuse. Sonorité au-dessus de l'ombilic. Matité dans tout l'espace compris au-dessous d'une courbe passant par l'ombilic et les deux épines iliaques. Incision latérale. On arrive sur des fausses membranes verdâtres qui agglutinent l'épiploon et les anses intestinales. Le doigt, introduit dans l'abdomen, reconnaît que ces fausses membranes produisent des cloisonnements imparfaits étendus très loin. Une poche purulente est vidée. Drain. Pansement iodoformé.

Examen du pus. Colibacilles et saprophytes nombreux.

Mort dans la nuit du 6 mai. Pas d'autopsie. En élargissant l'incision, on découvre l'appendice qui est perméable, violacé et perforé à son extrémité libre. Dans l'intérieur, une concrétion fécale. Péritonite du petit bassin. Adhérences et loges purulentes partout.

Observation 85. — Jacob. — Augustine P..., 10 ans, fillette vigoureuse. Le 16 mai 1893, douleurs abdominales avec vomissements. Le 17, douleur généralisée, restant plus vive à droite. Ventre un peu ballonné. Etat général excellent.

Dans la nuit, à la suite d'un lavement purgatif, débâcle, le lendemain à 4 heures du matin péritonite diffuse.

A son entrée, ballonnement du ventre, douloureux partout. Agitation extrême, cyanose, pouls insensible.

Laparotomie médiane. Epiploon gangréné. Pus partout dans l'abdomen avec foyer pelvien. Un autre près de l'estomac. L'appendice plonge dans le bassin, il adhère à l'épiploon et aux organes génitaux qui sont très congestionnés. Mort dès le début de l'opération. L'appendice est court, rouge, tuméfié. Follicules clos énormes. Muqueuse épaissie présente une grande ulcération près du cœcum. Cette ulcération n'a respecté que la séreuse. Coprolithes nombreux

Observation 86. — Broca et Jalaguier *in* Th. Gardon. — Augustine M..., 11 ans, entrée le 4 juillet 1896, décédée le 14 août Début le 1er juillet, en rentrant de l'école. Douleurs, épistaxis, vomissements, diarrhée. Le matin la diarrhée cesse. Depuis, constipation, accroissement des vomissements, douleurs et fièvre. Diagnostic, fièvre typhoïde.

A l'entrée, aspect général n'est pas celui d'une typhique.

T. 40°2. P. 120. Intelligence conservée. Vomissements fréquents, franchement porracés. Pas de garde-robe depuis deux jours, mais gaz. Ventre ballonné, peu douloureux spontanément, devient très douloureux

lors du moindre effort. Douleur aiguë exquise dans la fosse iliaque droite au point de M. Burney. Pas de tumeur appréciable ni de matité nulle part. P. fréquent, un peu petit, urines rares Toucher rectal négatif.

Incision iliaque. Issue d'une grande quantité de pus séreux louche. Drain et mèche iodoformée. Suites excellentes jusqu'au 6 août. Vomissements porracés. Plusieurs doses d'huile de ricin sans effet. Trois lavements également sans effet. Un quatrième amène des selles abondantes.

Le 8, quatre attaques d'hystérie.

Le 9 et le 10, vomissements bilieux, mais bon état général.

Le 12, ballonnement du ventre.

Le 14, vomissements bilieux. T. 37°6. P. 150. Facies altéré, ventre peu douloureux. Toucher rectal montre que le plancher du bassin est blindé par un plastron très dur qui immobilise tous les organes.

Le 19, laparotomie médiane par M. Jalaguier. Pas d'exsudat ni fausse membrane sur le péritoine. On trouve dans le bassin trois brides épiploïques, dont une grosse comme le petit doigt, qui étranglent manifestement l'intestin. L'intestin grêle est très distendu. Le gros intestin aplati. Section des brides entre deux ligatures. Aussitôt après l'opération, vomissements fécaloïdes, pouls incomptable, mort.

Autopsie. — L'appendice est vide et ne présente aucune lésion à l'œil nu. Plusieurs anses de l'intestin grêle sont agglutinées et forment un magma dans le petit bassin (le plastron senti pendant la vie).

NOURRISSON

Observation 87. — Blumer et Shaw. — Garçon de huit semaines, nourri avec des préparations diverses. Il présenta successivement une ophtalmie gonococcique, du muguet, un abcès ischio-rectal.

La maladie actuelle débuta par de l'anasarque et de la prostration. T. 37°8. Abdomen tendu, non douloureux. Il existe des mouvements péristaltiques visibles. Urines normales.

Anémie globulaire considérable. Pas d'hyperleucocytose.

Une selle contenant du sang, du pus, du mucus, des aliments non digérés.

Mort dans le coma le troisième jour.

Autopsie. — Adhérences entre le cæcum et l'anse sigmoïde. Au milieu des adhérences, abcès, contenant 10 centimètres cubes de liquide brun chocolat. L'appendice baigne dans l'abcès par sa pointe complètement nécrosée. La cavité péritonéale contient environ 50 centimètres cubes de liquide clair. Tuméfaction trouble du foie et des reins. Congestion des poumons. Œdème du cerveau et du tissu cellulaire sous-cutané.

L'examen bactériologique fait 48 heures après la mort montre du colibacille et quelques cocci.

Observation 88. — Kottmann. — Garçon de 2 ans qui entre à l'hôpital avec le diagnostic d'iléus. Trois semaines auparavant, un médecin dit lui avoir réduit une hernie étranglée.

Début deux jours avant l'entrée par vomissements, douleurs, météorisme, arrêt des matières. Diagnostic d'étranglement interne.

Intervention immédiate. On trouve une péritonite purulente généralisée. L'appendice présente une perforation de la dimension d'une lentille. On le résèque. Drainage. *Il y eut plus tard un abcès qui s'ouvrit dans le rectum.* Puis guérison complète.

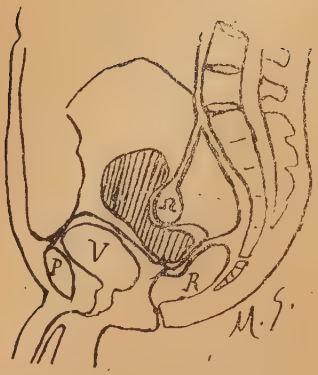

Fig. 1. — Abcès ilio-pelvien droit.

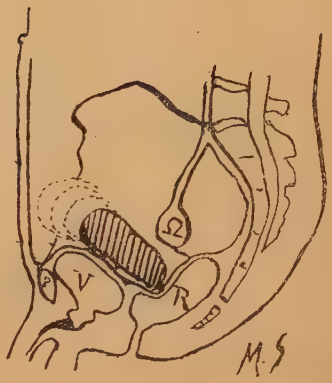

Fig. 2. — Abcès pelvien propr. dit.

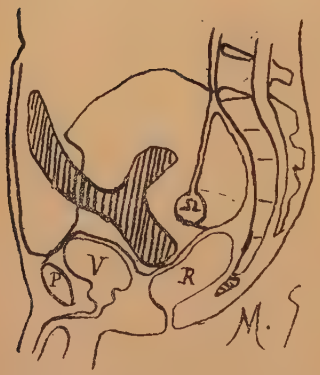

Fig. 3. — Abcès pelvien étoilé.

Fig. 4. — Abcès pelvien avec abcès multiples enkystés

CONCLUSIONS

Les abcès pelviens appendiculaires peuvent se présenter avec des variations cliniques justifiant leur division en groupes divers.

Suivant leur morphologie anatomo-pathologique, ils peuvent être classés en :

1° Abcès ilio-pelviens droits ;
2° Abcès ilio-pelviens gauches ;
3° Abcès pelviens proprement dits ;
4° Abcès bi-ilio-pelviens ;
5° Abcès pelviens étoilés ;
6° Abcès pelviens avec abcès multiples ;
7° Abcès pelviens avec péritonite généralisée.

Les abcès pelviens, comme tous les abcès appendiculaires, accompagnent rarement une première crise d'appendicite. Le plus souvent, on note dans les antécédents des malades des troubles digestifs antérieurs, souvent entachés d'origine appendiculaire, origine qui a pu rester méconnue.

Les signes généraux décelant ces abcès sont sensiblement les mêmes, avec seulement quelques différences en plus ou en moins.

Les signes locaux seuls permettent de les différencier les uns des autres.

L'étude détaillée de ces différents signes a été poursuivie au cours de notre exposé. Rappelons cependant, qu'en présence d'une appendicite suppurée, la pratique *systématique* du toucher rectal est indispensable dans les deux sexes.

Pour les cinq premiers groupes d'abcès, la ponction du rectum avec drainage de l'abcès par l'anus est le moyen thérapeutique le plus simple et le plus efficace.

Dans le cas de péritonite généralisée, la laparotomie s'impose ; le drainage abdomino-rectal rendra alors de grands services.

Pour les abcès pelviens avec foyers aberrants enkystés, la conduite la plus sage paraît être la suivante : d'abord évacuer la foyer pelvien par ponction du rectum. Puis, à la faveur de l'amélioration consécutive de l'état général, pratiquer une laparotomie *médiane* qui seule permettra d'explorer toute la cavité abdominale. Drainer isolément chaque foyer, en terminant l'intervention par un drainage abdomino-rectal.

Vu :
Le Président de la thèse,
QUÉNU.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1892. JACOB. — *Thèse Paris.* 1892-93.

JALAGUIER. — *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 382.

1893. E. REYMOND. — Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois. *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, avril-mai 1893.

1895. OBRATZOFF-WRATCH. — Périsigmoïdite appendiculaire. *Méd. mod.*, p. 409.

HARRIS. — *Journ. amer. Assoc.* Périsigmoïdite appendiculaire. 21 déc. 1895.

NÉLATON (Ch.). — *Bull. Soc. Chir.*, 24 juillet 1895, p. 567.

ROUTIER. — *Bull. Soc. Chir.*, 16 octobre 1895.

1896. Mlle GORDON. — L'appendicite chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1896.

PIARD. — Des suppurations à distance dans l'appendicite. *Thèse Paris*, 1896.

1897. DORMOY. — De l'appendicite à forme pelvienne. *Thèse Lyon*, 1897.

ESNAULT. — *Thèse Paris*, 1897.

JABOULAY. — Incision rectale. *Lyon médical*, 29 mai 1898, p. 143.

LAIZÉ. — Etude sur les abcès péritonéaux enkystés secondaires dans l'appendicite. *Thèse Paris*, 1897-98.

TERMET et VANVERTS. — Prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. *Gaz. des Hôpit.*, nos 9 et suivants, p. 274.

WLADOFF. — *Thèse Lyon*, 1897-98.

1898. BARBET. — De quelques formes anormales d'appendicites avec abcès iliaques gauches. *Thèse Paris*, 1898.

FORGUE et RECLUS. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, t. II.

MONOD et VANVERTS. — Du traitement des abcès pelviens

d'origine appendiculaire. Avantages de l'incision vaginale. *Arch. gén. de médic.*, mai 1898, p. 513.

SUTTON. — *Journ. americ. Association*, p. 1438.

WEISS. — *Revue de chirurgie*, p. 607.

1899. KOTTMANN. — *Correspondenzblatt für Schweitzer Aertze*, p. 753.

B. ROBINSON. — On some complicated cases of appendicitis. *The Lancet*, t. I, p. 1209.

1900. AROND. — Périsigmoïdite appendiculaire. *Thèse Lyon*, 1900.

CHEVALIER. — *Thèse Paris*, 1900.

DELANGLADE. — Inc. prérect. des abc. pelv. appendic. *Bull. Soc. Chir.* p. 604.

LAPOINTE. — Appendicite avec foyers périt. à distance. *Presse Méd.* 10 octobre 1900.

1901. BLUMER et SCHAW. — *Arch. of Pediatrics*, août, p. 593.

BROCA. — *Bulletin médical*, p. 589.

DIEULAFOY. — *Manuel de pathol. int.*, 13e édition.

GRIFFITH. — *Arch. of Pediatrics*, octobre, p. 751.

1902. MAGNIEZ. — *Thèse Paris*.

MONOD et VANVERTS — *Traité de technique opératoire*, t. II.

1903. RICARD et LAUNAY. — *Traité de thérapeutique chirurgicale.*

BÉRARD et PATEL. — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire en particulier par l'incision rectale. *Revue de Gynéc.*, octobre 1903, p. 868.

GYR. — Contribution à l'étude clinique de l'appendicite chez les enfants en bas âge. *Thèse Lausanne*, 1903.

1904. BREYNAËRT, cité par FELIZET. — *Soc. Chir.*, 29 juin 1904.

CHAPUT. — *Bull. Soc. Chir.*, 15 juin 1904, p. 648.

LEJARS. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Sem. médic.*, 27 janvier 1904.

PAUCHET. — Cong. français de chir., 19 octobre 1904. *Bulletin médic.*, p. 179.

REBOUL. — Cong. franç. de chir., 19 octobre 1904.

1905. ALBRECHT. — Soc. império-royale de méd. de Vienne, 24 novembre. *Presse médic.*, 9 décembre 1905.

BAMBERG. — Ueber Appendicitis bei Sauglingen. Inaugural Dissertation. Leipzig.

BROCA. — *Journal des Praticiens*, 28 janvier-11 mars 1905.

PERREAUX. — Appendicite pelvienne infantile. *Thèse Bordeaux*, 1905.

1906. CHAUVEAU. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Thèse Paris*.

CHALOT et CESTAN. — *Traité élémentaire de chirurgie et de techniques opératoires*, 1906.

CHAPUT. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 17 janvier.

CONCETTI. — *Archives de médecine des enfants.* Appendicite avec symptômes à gauche, 12 octobre.

GRONEW. — Des occlusions intestinales appendiculaires *Thèse Paris.*

KIRMISSON et GUIMBELLOT. — De l'appendicite chez le nourrisson. *Revue de chirurgie*, p. 441, 10 octobre 1906.

LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*, p. 503-04 - 524 25.

MICHAUX.— Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Bulletin Soc. Chir.*, 7 mars-4 avril.

P. REYNIER. — Instrument pour l'ouverture des abcès appendiculaires par le rectum *Bull. Soc. Chir.*, 10 janvier 1906.

L. ROCHER. — De l'appendicite infantile à forme pelvienne et ilio-pelvienne. *Arch. gén. de méd.* nos 9 et 10, 27 février-6 mars.

ROUTIER. — Sur le drainage lombaire dans le traitement des péritonites appendiculaires. *Bull. Soc. Chir.*, 17 janvier.

SAILLANT. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Thèse Paris.*

P. SEGOND. — *Bull. Soc. Chir.*, 17 janvier.

VILLEMIN. — *Bull. Soc. Chir.*, 10 janvier-17 janvier.

1907. BROCA. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 15 mai.

BROCA. — Récidive d'appendicite 2 ans 1/2 après ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum. *Journal des Praticiens*, 25 mai.

A. CATZ. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Gaz. des hôpitaux*, 5 janvier.

CHAPUT. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 15 mai.

GROEDEL. — Elimination de l'appendice par le rectum dans une péritonite aiguë. *Deutsche medizinische Wochenschrifft*, 27 juin.

GUINARD. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 22 mai.

IRVING. S. HAYNES. — *Americ. Journ. of Surgery*, vol. XXI, 5 mai, p. 149-50.

LE DENTU. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 15 mai.

MAUCLAIRE. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 15 mai.

MIGNON. — Cancer de l'appendice. *Bull. Soc. Chir.*, 6 mars.

PATEL. — Sigmoïdites et périsigmoïdites, affections inflamma-

toires simples de l'S iliaque. *Rev. de Chir.*, octobre-décembre.

PICQUÉ. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 22 mai.

PICQUÉ. — Abcès rétro-vésicaux d'or. appendic. *Bull. Soc. Chir.*, 17 avril.

A. PONCET. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 22 mai.

P. REYNIER. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir*, 15 mai.

ROUTIER. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc.*, *Chir.*, 1er mai.

SIEUR. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 1er mai.

WALTHER. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 22 mai.

TOUBERT. — Abcès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 22 mai.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Historique	3
Anatomie	7
L'abcès ilio-pelvien droit	20
L'abcès ilio-pelvien gauche	50
L'abcès pelvien proprement dit	57
L'abcès bi-ilio-pelvien	80
L'abcès pelvien étoilé	93
L'abcès pelvien avec abcès multiples enkystés	99
L'abcès pelvien avec péritonite généralisée	108
Conclusions	125
Bibliographie	127

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.